



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MENTE PLENA PARA LA REGULACIÓN  
EMOCIONAL EN ADOLESCENTES DEL HOGAR METRO AMIGOS

POR:  
IDIS RODRÍGUEZ MENDOZA  
C.I.P. 2-725-1700

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITO PARA OPTAR POR EL  
GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ  
2018

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Programa de Maestría en: Psicología Clínica

Facultad de: Psicología

Número de Código:

Nombre del estudiante: Idis Rodríguez Mendoza

Título al que aspira: Magíster en Psicología Clínica

Tema de tesis: Terapia Cognitiva Basada en Mente Plena para la regulación emocional en adolescentes del Hogar Metro Amigos

Resumen ejecutivo: Se utilizó un diseño pre experimental de tipo descriptivo con pre test y post test para una sola muestra. La muestra utilizada fue de 9 adolescentes femeninas, con edades entre los 15 y 17 años, albergadas en el Hogar Metro Amigos. La intervención utilizada fue la Terapia Cognitiva basada en Mente Plena, la cual forma parte de las llamadas terapias de tercera generación del modelo Cognitivo Conductual.

Nombre del Asesor: Mgter. Ricardo Turner

Firma del Asesor: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_  
Coordinador del Programa

Fecha: \_\_\_\_\_  
Director del Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

A mi familia y amigos

## **AGRADECIMIENTO**

Son muchas las personas que me ayudaron a lo largo de este caminar. Primero, debo agradecer a Dios, que me ha regalado la vida, la salud y las fuerzas para continuar a diario. Seguido, es importante el lugar que ocupa en mi vida, mi familia, mis padres que me han dado todo lo que necesito y más, su apoyo incondicional. Agradezco también a mi asesor, Dr. Ricardo Turner por sus consejos y dedicación en la guía durante todo el proceso de elaboración de este proyecto. De igual forma mis hermanos en Cristo y amigos, parte importante de mi vida y diariamente me demuestran su afecto.

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación fue aplicar un programa de tratamiento a un grupo de adolescentes institucionalizadas. Se utilizó un diseño pre experimental de tipo explicativo con pre test y post test para una sola muestra. La muestra utilizada fue de 9 adolescentes femeninas, con edades entre los 15 y 17 años, albergadas en la Casa Hogar Metro Amigos, la misma fue obtenida con criterios de inclusión y exclusión. La intervención utilizada fue la Terapia Cognitiva basada en Mente Plena, la cual forma parte de las llamadas terapias de tercera generación del modelo Cognitivo Conductual. Dicha intervención se realizó durante 8 sesiones, una sesión semanal. Los sujetos fueron evaluados mediante cuatro instrumentos, la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, Escala rasgo de Metaconocimiento emocional-24, los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Los resultados muestran que no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del pre test y post test en cuanto a la regulación emocional y síntomas ansiosos, sin embargo, sí hubo una disminución de los síntomas depresivos.

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to apply a treatment program to a group of institutionalized adolescents. A pre-experimental design of a explicative type with pre-test and post-test was used for a single sample. The sample used was of 9 female adolescents, aged between 15 and 17 years old, housed in the Casa Hogar Metro Amigos; it was obtained with inclusion and exclusion criteria. The intervention used was Cognitive Therapy based on Plena Mind, which is part of the so-called third generation therapies of the Behavioral Cognitive Model. This intervention was carried out during 8 sessions, a weekly session. The subjects were evaluated using four instruments, the Difficulties in Emotional Regulation Scale, Emotional Meta-awareness Trait Scale-24, Anxiety Inventory and Beck Depression. The results show that there were no statistically significant differences in the pre-test and post-test scores in terms of emotional regulation and anxious symptoms, however, there was a decrease in depressive symptoms.

## ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	6
1. Antecedentes.....	7
2. Afecto, emoción y estado de ánimo.....	12
3. Concepto de regulación emocional .....	14
4. La importancia de la regulación emocional y sus consecuencias.....	17
5. Procesos emocionales y psicopatología.....	18
5.1 Depresión.....	19
5.2 Ansiedad.....	21
CAPÍTULO II: FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MENTE PLENA.....	25
1 Introducción a la Terapia Cognitiva.....	26
1.2 Historia y concepto de la terapia cognitiva.....	26
1.3 Método Terapéutico en Terapia Cognitiva.....	32
2. Terapias psicológicas basadas en Atención Plena.....	33
3. ¿Qué es Mindfulness o Mente Plena?.....	34
3.1 ¿Cómo se logra?.....	39
3.2 Efectos clínicos del Mindfulness.....	40
3.3 Aplicaciones.....	41
4. Terapia Cognitiva basada en atención plena .....	43
4.1 Fundamentos de la Terapia cognitiva basada en la atención plena.....	49
4.2 Hipótesis de Terapia cognitiva basada en la atención plena.....	49
4.3 Críticas a la Terapia Cognitiva basada en atención Plena.....	50
CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	53

1. Planteamiento del problema .....	54
2. Objetivos .....	55
3. Hipótesis .....	56
4. Diseño.....	61
5. Variables.....	65
5.1 Variable Independiente.....	65
5.2 Variable Dependiente.....	71
6. Población y muestra .....	77
7. Modelo de Análisis Estadístico .....	79
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	80
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	136
BIBLIOGRAFÍA.....	144
ANEXOS.....	150



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1	.....	82
Tabla N°2	.....	83
Tabla N°3	.....	84
Tabla N°4	.....	85
Tabla N°5	.....	86
Tabla N°6	.....	87
Tabla N°7	.....	88
Tabla N°8	.....	89
Tabla N°9	.....	90
Tabla N°10	.....	91
Tabla N°11	.....	92
Tabla N°12	.....	93
Tabla N°13	.....	94
Tabla N°14	.....	95
Tabla N°15	.....	96
Tabla N°16	.....	97
Tabla N°17	.....	98
Tabla N°18	.....	99
Tabla N°19	.....	100
Tabla N°20	.....	101
Tabla N°21	.....	102
Tabla N°22	.....	103

Tabla N°23	.....	104
Tabla N°24	.....	104
Tabla N°25	.....	105
Tabla N°26	.....	106
Tabla N°27	.....	106
Tabla N°28	.....	108
Tabla N°29	.....	109
Tabla N°30	.....	109
Tabla N°31	.....	110
Tabla N°32	.....	110
Tabla N°33	.....	111
Tabla N°34	.....	112
Tabla N°35	.....	112
Tabla N°36	.....	113
Tabla N°37	.....	114
Tabla N°38	.....	114
Tabla N°39	.....	115
Tabla N°40	.....	116
Tabla N°41	.....	116
Tabla N°42	.....	117
Tabla N°43	.....	118
Tabla N°44	.....	119
Tabla N°45	.....	119

Tabla N°46	.....	120
Tabla N°47	.....	121
Tabla N°48	.....	121
Tabla N°49	.....	122
Tabla N°50	.....	123
Tabla N°51	.....	123
Tabla N°52	.....	125
Tabla N°53	.....	126
Tabla N°54	.....	126
Tabla N°55	.....	128
Tabla N°56	.....	128

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica N°1	82
Gráfica N°2	83
Gráfica N°3	84
Gráfica N°4	85
Gráfica N°5	86
Gráfica N°6	87
Gráfica N°7	88
Gráfica N°8	89
Gráfica N°9	90
Gráfica N°10	91
Gráfica N°11	92
Gráfica N°12	93
Gráfica N°13	94
Gráfica N°14	95
Gráfica N°15	96
Gráfica N°16	97
Gráfica N°17	98
Gráfica N°18	99
Gráfica N°19	100
Gráfica N°20	101
Gráfica N°21	107

Gráfica N°22	.....	124
Gráfica N°23	.....	127
Gráfica N°24	.....	129

## **INTRODUCCIÓN**

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a crecer y vivir en un hogar con bienestar y seguridad; sin embargo, en algunos casos las familias no cumplen con las tareas básicas de formación y protección de los menores. Podemos decir que existen una gama de factores como los económicos, sociales, políticos y culturales que influyen en que cientos de niños, niñas y adolescentes se encuentren privados del derecho a la convivencia familiar. Esta situación genera la necesidad de que el Estado se encargue de proteger a estos menores sin alternativa familiar, a través de la institucionalización en centros de acogimiento temporal.

De acuerdo a datos recabados de la Senniaf, durante el año 2017, cada día se reciben entre 2 y 4 casos de adolescentes femeninas con medida de protección judicial, debido a que son víctimas de algún tipo de maltrato (físico, sexual, psicológico) y se encuentran en riesgo social, estas adolescentes ingresan a los albergues. Sin embargo, no todos cuentan con el personal entrenado para atender de manera integral cada caso.

En Panamá, la institucionalización de niños, niñas y adolescentes es una temática poco atendida, de igual manera el trabajo de restitución de derechos es burocrático por parte de las instituciones del estado. Por su parte los albergues que cuentan con la figura de psicólogo, destinan diariamente horas de atención para la población, muchos realizan terapias grupales e intervenciones individuales. Sin embargo, son pocas las intervenciones como la Terapia Cognitiva Basada en Mente Plena.

Este proyecto de investigación surge en el marco de la atención que se brindan actualmente en las instituciones de protección de nuestro país, en especial las que destinan cuidado a niños, niñas y adolescentes en riesgo social. Este servicio de protección actualmente mantiene una alta demanda. Sin embargo, es una realidad que hay carencias en cuanto a profesionales especializados y el incremento progresivo de la demanda de intervenciones psicológicas por parte de la población que se atiende. Como una propuesta alternativa se planteó como tratamiento grupal la Terapia Cognitiva Basada en Mente Plena, para un grupo de adolescentes femeninas con problemas de regulación emocional, así como síntomas de depresión y ansiedad, las cuales estaban institucionalizadas en el Hogar Metro Amigos.

Hemos titulado el tema de investigación como, “Terapia Cognitiva basada en Mente Plena para la regulación emocional en adolescentes del Hogar Metro Amigos”. A través de ésta, se podrá evaluar el efecto de la Terapia Cognitiva basada en Mente Plena, en la regulación emocional de las adolescentes femeninas de 15 a 17 años de edad que se encuentran en este albergue, ubicado en el corregimiento de Tocumen.

Hemos dividido la investigación en cinco capítulos. En el capítulo I, se expone el Marco Teórico, en el cual se detallan los antecedentes de la investigación, sobre el trabajo con emociones en psicoterapia, los hallazgos que hay sobre regulación emocional, así como su relación con los trastornos de ansiedad y depresión.

En el capítulo II, se explica el fundamento teórico de la Terapia Cognitiva Basada en Mente Plena. Se explican los antecedentes de esta terapia perteneciente a la Tercera generación de las terapias cognitivas, además sus características, aplicaciones clínicas y

los avances que hay respecto a esta propuesta hecha por Seagel, Williams y Teasdale (2002).

En el capítulo III, se desarrolla el marco metodológico de la investigación. Este incluye el planteamiento del problema, se establecen los objetivos e hipótesis, se describe el diseño de investigación, las variables y sus definiciones conceptual y operacionalización. También se detalla la muestra de los sujetos que participaron en el tratamiento. Por último, se describen los instrumentos de medición utilizados, el análisis estadístico y las limitaciones de la investigación.

El capítulo IV, presenta el análisis y la discusión de los resultados obtenidos de la aplicación pre y post test de los instrumentos de medición, los cuales se muestran a través de gráficas y cuadros. Se hace además la prueba de la hipótesis.

El capítulo V, presenta las conclusiones a las que se llegó como resultado de la investigación y las recomendaciones para futuros estudios relacionados con este tema.

Por último, se presentan las fuentes bibliográficas, como libros, revistas indexadas, sitios web visitados y finalmente se presentan los anexos, donde se plasman las agendas de las sesiones terapéuticas, material para las tareas en casa y actividades desarrolladas en las sesiones.



## **JUSTIFICACIÓN**

Como hemos mencionado anteriormente, en Panamá la situación de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados es una temática poco atendida, además de ser principalmente poco conocida. Actualmente en las instituciones de protección para menores en riesgo social, se ofrece atención integral, sin embargo, la gran demanda en población y en atención, no permite atender de forma efectiva a todos los niños, niñas y adolescentes. Por otra parte, el proceso de institucionalización aunado a las situaciones especialmente difíciles que llevan a un menor a estos centros, tiene consecuencias en el área emocional, presentando problemas en la regulación adaptativa de sus emociones, siendo a la vez inicio de otros problemas que afectan las diferentes áreas de desarrollo de esta población.

Por tal razón, esta investigación pretende mejorar las habilidades para regular las emociones en esta las adolescentes institucionalizadas, utilizando los recursos que ofrece la psicología y basándonos en un programa de tratamiento que ha demostrado su eficacia en esta área. Además, se busca dar un primer paso en la introducción de este tipo de intervenciones en un área donde no ha sido propuesta antes, lo que a su vez esperamos que sea una alternativa para reforzar y complementar el trabajo que se realiza en la atención integral de las necesidades de los menores institucionalizados.

Esperamos con nuestro estudio demostrar la importancia y el impacto que tiene en la vida de un adolescente institucionalizado el aprender a regular sus emociones. Los resultados de este estudio se diseminarán principalmente a través de la base de datos de Tesis de Maestría de la Universidad de Panamá; de esta manera otros investigadores

interesados podrán tener acceso a los resultados. De igual manera esperamos que el mismo, pueda ser replicado en otras instituciones de protección, pues es clara la necesidad que reflejan las adolescentes de conocer y sobre todo manejar de manera adecuada sus emociones.

Tenemos claro que los resultados pueden usarse sólo como ensayo de otros estudios con mayor control. Sin embargo, consideramos este como un primer paso para otros estudios más amplios, con un mayor control que permitan establecer de manera más clara la relación entre ambas variables estudiadas. Por lo tanto, en este estudio los beneficiarios serían las adolescentes que se fortalecerán a nivel personal con esta intervención.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

## 1. Antecedentes

En Panamá el número de niños, niñas y adolescentes institucionalizados ha experimentado fluctuaciones en los últimos años, como reflejan estadísticas de la Dirección de Articulación para la Protección Integral, en el Departamento de Control y Cumplimiento de Calidad de la Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia (SENNIAF). En 2009 existían 45 casas hogares o albergues a nivel nacional que atendían a 2,143 niños; para el año 2010, se documentaron 55 centros de acogida temporal a nivel nacional que albergaban a 2,474 niños; para el año 2011 se registran 50 albergues a nivel nacional que albergaban a 2,344 niños; y a julio de 2012 existían 55 albergues a nivel nacional que albergaban a 2,416 niños. Hoy día existen 56 instituciones de protección a lo largo del país que albergan cerca de 2,000 niños, niñas y adolescentes.

Cabe mencionar que de las 56 instituciones de protección que hay en nuestro país en la actualidad, sólo 21 de ellas se encuentran en la provincia de Panamá, de éstas sólo 11 reciben menores en situación de riesgo social y únicamente 3 reciben población mixta (masculino y femenino) de 0 a 17 años de edad. Es importante destacar que las instituciones de protección o albergues atienden población con distintos perfiles; existen albergues de época escolar, es decir atienden a niños, niñas y adolescentes que estudian, cuyas familias tienen pocos recursos económicos; están los albergues de recuperación nutricional que atienden población en estado de desnutrición, otros que atienden jóvenes con problemas de adicción a las drogas brindándoles tratamiento y están los albergues de riesgo social donde ingresa población por maltrato, abandono, menores embarazadas, etc. Antes de continuar es importante señalar que de acuerdo al Código de la Familia de la

República de Panamá, en su Libro Segundo de los menores, Título II de los menores en riesgo social, señala que se considera a un menor en riesgo social cuando:

1. No asista a la escuela o institución de enseñanza en que esté matriculado, o cuando no reciba la educación correspondiente
2. Se dedique a la mendicidad, a la vagancia o a deambular en forma habitual, o al consumo de bebidas alcohólicas o drogas y estupefacientes o sustancias psicotrópicas
3. Abandone el domicilio de sus padres o guardadores
4. Se emplee en ocupaciones que pueden considerarse peligrosas o perjudiciales a la salud, la moral o contrarias a las buenas costumbres
5. Frecuente el trato con gente viciosa o malviviente o viva en casa destinada al vicio
6. Sus padres, parientes o guardadores no lo pueden controlar o se sustraiga frecuentemente a su autoridad; y
7. Los padres sin medios lícitos de vida sean delincuentes, alcohólicos, drogadictos, vagos, enfermos mentales o retardados mentales profundo y por ellos no pueden ofrecerle un modelo de crianza.

En este sentido, para la protección de menores en riesgo social y sin alternativa familiar surgen organismos sin fines de lucro, como la Fundación Creo En Milagros, la cual inició sus actividades en 1994 asistiendo a los barrios marginados en la ciudad de Panamá con un programa llamado Amistad Sin Drogas. De 1994 en adelante han

trabajado en proyectos de ayuda social y espiritual en las diferentes comunidades del área metropolitana.

Dentro de los proyectos realizados por la Fundación, está el Hogar Metro Amigos; un hogar mixto en donde se le brinda apoyo a niños, niñas y adolescentes desde los 0 a los 17 años. Esta institución ofrece casa, comida, ropa, estudios, atención a la salud, ayuda psicológica y espiritual a niños, niñas y adolescentes en riesgo social. Los menores que ingresan a este centro son remitidos por Juzgados de Niñez y Adolescencia, Fiscalías, Policía Nacional o la Secretaría Nacional de niñez, adolescencia y familia (Senniaf). Una vez los menores ingresan al albergue, son éstas instituciones quienes tienen a su cargo todo el cuidado del menor.

El sistema de funcionamiento de los albergues, la poca preparación técnica de los cuidadores, la sobrepoblación, las situaciones especialmente difíciles de las que proviene la población, dificulta el trato y atención integral a cada menor. Podemos decir que, a pesar de recibir apoyo psicológico, por la demanda de la población albergada, la atención no es cien por ciento individualizada, más bien se da de modo grupal e individual en los casos más difíciles o que más lo requieren. Actualmente en el hogar Metro Amigos se brinda a los niños, niñas y adolescentes, espacios para que expresen sus preocupaciones, dudas y opiniones, pues cuentan con dos psicólogos de planta, quienes se encargan de atender la población, con talleres grupales, programas de economía de fichas, diálogos abiertos sobre temas de desarrollo personal y dando psicoterapias breves a los casos que lo requieren con mayor prioridad.

No es un hecho aislado que los albergues, así como las instituciones gubernamentales, de quienes depende el avance de los casos de estos menores, hasta cierto punto revictimizan a esta población, lo que hace más complejo y difícil el estado de institucionalización.

Por las situaciones difíciles de las que provienen estos niños, niñas y adolescentes, es una realidad que éstos llegan a los albergues con alguna secuela emocional, por eventos traumáticos que han vivido, como los diversos tipos de maltrato, abandono, negligencias, entre otros. Naturalmente se presentan situaciones que implican ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa, ira, confusión, angustia; en fin, una variedad de emociones que son vividas intensamente por el menor. Todo esto repercute en su adaptación al albergue y las normas del mismo, en sus diferentes áreas vitales y por ende en su relación con cuidadores u otras figuras adultas, así como con otros menores institucionalizados, lo cual aumenta su vulnerabilidad a ser revictimizados, exagera o genera conductas perturbadoras.

Teniendo en cuenta que dentro de los albergues la población no recibe una atención exclusiva o individualizada, se manifiestan situaciones como agresiones, rebeldía, negativismo desafiante, conductas sexualizadas, síntomas depresivos, ansiosos y demás problemas que impiden al menor solucionar conflictos, superar traumas, fortalecerse y adaptarse. Es en este punto donde consideramos que, la regulación emocional del individuo, sobre todo en un menor que está en adolescencia, expuesto a experiencias traumáticas, juega un papel importante para manejar las emociones de forma apropiada y tomar conciencia de la relación entre evento, emoción, pensamiento y comportamiento;

llevándolo a adaptarse mejor a su realidad y generar la apertura a las diferentes ayudas que le pueda brindar la institución, así como prepararlo para la vida fuera del albergue.

El menor institucionalizado, tiende a reaccionar de diferentes formas ante la institucionalización. Algunos lloran, dejan de hablar, se aíslan, rechazan el contacto físico o afectivo, otros se muestran agresivos o muy dependientes de los cuidadores del albergue. En otros casos pueden desarrollar el trastorno de vinculación reactiva causado por el maltrato o el descuido de sus necesidades emocionales, tales como bienestar, estimulación y afecto, y de sus necesidades físicas básicas, tales como alimento, aseo y juego.

Los niños, niñas y adolescentes institucionalizados reciben un cuidado muchas veces impersonal, ya que muchas personas se encargan de su atención y los niños no reciben un verdadero afecto e interés. Al no desarrollar el apego, los niños crecen inseguros y su desarrollo se ve amenazado. (Unicef, 2012)

Las características que presenta el menor institucionalizado lo hacen más vulnerable a generar problemas de adaptación, problemas en el establecimiento de relaciones interpersonales con sus pares, superiores, cuidadores, etc. Debido a que la mayor parte de los casos se tratan de niños, niñas y adolescentes en riesgo social, se trata de menores que manifiestan muchas dificultades para regular sus emociones, y por ende presentan muchos problemas de conducta.

Cuando la persona tiene dificultades para regular sus emociones, puede tener una mayor probabilidad de presentar dificultades psicológicas importantes tanto en el eje I como en el eje II, trastornos de conducta, problemas de salud física, dificultades en el ajuste social y la competencia social, lo cual implica un deterioro en las relaciones



interpersonales y en el adecuado funcionamiento en la vida diaria (Gross & Muñoz 1995; Southam-Gerow & Kendall, 2002; Walden, Harris & Catron, 2003; ... & Gross, 2009 citado por Alarcón, Correa & Barreiro).

## 2. Afecto, emoción y estado de ánimo

En la literatura en ocasiones se entremezclan los conceptos de afecto, emoción y estado de ánimo a veces de forma confusa. Por tanto, antes de continuar convendría diferenciar entre dichos términos. En general se suele considerar al afecto como la categoría superior que engloba tanto a la emoción como al estado de ánimo (Miró & Simón, 2016). Por su parte, estado de ánimo y emoción se diferenciarían en varios aspectos. En primer lugar, se suelen apuntar diferencias en cuanto a la duración e intensidad de los mismos. Los estados de ánimo suelen durar horas e incluso días, y pueden ser de intensidad leve a moderada (Hervás, 2011). Mientras que las emociones suelen ser más fugaces, actuando de forma más discreta e intensa y con más componentes vegetativos implicados (Power y Dalgleish, 1997).

Otra definición nos dice que una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción (Punset & Bisquerra, 2016). Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno. Sabemos también que un mismo objeto puede generar emociones distintas en diferentes personas.

Otra diferenciación es que la emoción típicamente tiene un inicio y un declive o final, con un pico (o meseta) entre ellos. El estado de ánimo, sin embargo, se desarrolla gradualmente, siendo difícil definir cuándo comienza y cuándo acaba (Larsen, 2000). En

relación a esto, la emoción suele tener una causa definible y un objeto de referencia. El estado de ánimo en cambio puede aparecer sin un referente claro, es decir, sin estar asociado a ningún objeto o acontecimiento claramente tangible (Garrido, 2015).

De las emociones se ha dicho que adaptan el estilo cognitivo a las demandas situacionales, que facilitan la toma de decisiones y preparan al individuo para rápidas respuestas motoras (Gross, 1999 citado por Hervás, 2011).

Como sabemos, son nuestras emociones grandes fuentes de información útil y requerida a cada momento, su valor en el proceso adaptativo del ser humano es innegable. Las emociones como es sabido, proporcionan información sobre intenciones, sobre la existencia de amenaza o algún tipo de peligro, así como cuando algo es confortable o agradable para nosotros. A diferencia de los estados de ánimos que nos informan sobre nuestro estado interno, sobre los recursos que dispones, sobre si algo va bien o no, mientras como ya se dijo, las emociones informan sobre el entorno, las demandas percibidas y los retos que nos plantean determinadas situaciones.

También las investigaciones indican que para hacer uso de los recursos que nos proporcionan las emociones, es necesario disponer de ciertas habilidades emocionales, ya que no contar con estas habilidades, puede representar un gran desgaste en el funcionamiento del individuo (Hervás, 2011). Al no contar con herramientas que le permitan gestionar adecuadamente las emociones, surge en el individuo la incapacidad de adaptarse al medio, sobre todo en presencia de aquellas emociones que resultan desagradables, como la ira o la tristeza, pueden tener repercusiones mayores y los intentos de regulación tienen poco éxito.

Por lo tanto, los procesos emocionales parecen ser claves para un buen funcionamiento psicológico, pero también pueden ser protagonistas de los trastornos psicopatológicos (Hervás, 2011). Como mencionamos al inicio, no fue hasta hace un par de décadas que algunos autores como Gross, Kring, entre otros (2001), manifestaron la necesidad de incluir en el estudio de la psicopatología las investigaciones y hallazgos recientes sobre la psicología de las emociones.

### 3. Concepto de regulación emocional

Para nuestra investigación, es importante conocer lo que es la regulación emocional, ya que es la capacidad que deseábamos desarrollar mediante la intervención. Para este concepto empezaremos diciendo que, por regulación emocional podemos comprender en primer lugar que, ésta es la capacidad que tenemos los seres humanos de ser conscientes de nuestras emociones, de poder aceptar que las tenemos y ver esto como algo propio de la naturaleza humana. De igual manera la regulación emocional implica el hecho de aceptar que, cada uno puede vivenciar a diario, una gran gama de emociones, por ejemplo: comprender que no todos los días puedo o debo estar feliz, a veces puedo estar melancólico y esto no es necesariamente negativo o malo. Se puede decir entonces que, regulación emocional incluye aprender que: no hay emociones buenas ni malas, sólo son emociones y son parte de la vida de todos. Otro aspecto que podemos rescatar de lo que engloba la regulación emocional es que, es la capacidad que nos permite poder distinguir de manera clara entre diferentes procesos como lo son: “sentir”, “expresar” y “actuar” una emoción (Bizquerra, 2015).

Históricamente el término de “regulación emocional” ha sido utilizado para denotar la capacidad de poder modular o controlar la intensidad de la emoción. Sin embargo, definiciones más contemporáneas reconocen que muchos esfuerzos por controlar son desreguladores y que permitir o acentuar una emoción puede ser también regulador (Miró & Simón, 2016).

Basados en nuestra revisión literaria podemos mencionar que la regulación emocional implica que, el individuo sea un ente receptivo a las emociones, por ejemplo: que no las rechace por el hecho de tener temor a experimentar emociones que percibe como “negativas”. También, regularse emocionalmente implica saber gestionar de manera eficaz las emociones (esto implica a su vez, las emociones propias, así como las de los demás, ya sean agradables o desagradables para nosotros).

Desde esta perspectiva las emociones no son buenas ni malas, es decir, éstas no son el problema. Lo que realmente es importante es saber reconocerlas, aceptarlas, sentirlas y expresarlas de manera adecuada, esto nos lleva a un bienestar psicológico (Mañas, 2017).

A lo largo de los años, diferentes autores han escrito sobre las emociones y éstas han demostrado que ejercen una influencia importante en las áreas del funcionamiento psicológico del ser humano (Hervás, 2011). En el campo de la psicología clínica al parecer las emociones no han sido tan atendidas, hasta hace unas décadas se le ha dado más énfasis.

Hervás y Vásquez en 2006, describieron tres vías por las que la regulación emocional se hace presente en el campo clínico:

- Déficit de regulación por ausencia de activación. La primera vía se puede observar en aquellas situaciones en las cuales una persona no activa estrategias de regulación a pesar de experimentar intensos estados de disforia. Esta falta de activación de estrategias se puede convertir en parte importante del problema clínico como sucede, por ejemplo, en la depresión. En estos casos, el individuo puede abandonarse en su estado de ánimo negativo sin hacer nada para compensarlo y por tanto hablaríamos de un déficit en la activación de estrategias de regulación.
- Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. En segundo lugar, podemos citar la ineficiencia de las estrategias de regulación empleadas ya que la activación de estrategias de regulación no tiene por qué conducir forzosamente a la regulación de un estado emocional negativo.
- Déficit de regulación, por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. Algunas personas, ante sus reacciones emocionales negativas, activan estrategias de regulación para corregir dichas experiencias, pero no lo consiguen. Por el contrario, lo que encuentran es que sus reacciones son más intensas y descontroladas. A menudo esto es la consecuencia de usar estrategias contraproducentes, por ejemplo, evitación, ira, rechazo, supresión emocional, que lejos de reducir la intensidad de la experiencia la intensifican (Dangleish, Yiend, Schweizer y Dunn, 2009; Gross y Levenson, 1997). Por lo tanto, la alteración de la regulación puede no ser el problema sino los intentos de regulación, en sí mismos, son el problema.

En su mayoría las definiciones de regulación emocional que son las más utilizadas en la literatura, no diferencian de forma clara cuándo el proceso es adaptativo y cuándo se torna disfuncional (Miró & Simón, 2016). Este punto es cada vez más relevante ya que muchas conductas problemáticas como el consumo de alcohol u otras sustancias, o las conductas auto-lesivas se están conceptualizando como estrategias disfuncionales de regulación (McNally, Palfai, Levine, y Moore, 2003; citado por Hervás en 2011).

Por tanto, aunque en general hablamos de la regulación emocional como un proceso eminentemente adaptativo, no hay que olvidar que los esfuerzos por modificar nuestros estados emocionales pueden ser efectivos y adaptativos, pero también ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes.

Por estas razones, nos parece importante también definir la contraparte disfuncional de la regulación emocional: la desregulación emocional. De esta forma, una definición complementaria a la anterior sería la de desregulación emocional, que podría ser enunciada como la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados emocionales negativos (Mañas, 2012).

#### 4. La importancia de la regulación emocional y sus consecuencias

Una duda legítima sería preguntarse si tiene alguna relevancia mostrar una mayor o menor tendencia a la regulación emocional. Pudiera ser que simplemente afectara a la duración de los estados de ánimo sin ninguna consecuencia relevante más. La influencia de la regulación emocional y los rasgos asociados en los niveles de felicidad y satisfacción con la vida parece evidente, pero también podríamos preguntarnos si dicha relación existe también con el polo opuesto, es decir, si existe también una relación entre

dichos factores y la aparición de trastornos mentales y físicos. Hay creciente evidencia de que las disfunciones en los procesos que modulan una efectiva regulación emocional pueden jugar un papel destacado en la propensión a desarrollar diferentes trastornos psicológicos e incluso físicos (Hervás, 2011).

Algunos autores denotan que la regulación emocional es de gran importancia para el bienestar psicológico (Consadine, Tamir y Mauss; citado por Nyklíček, 2011). Así, muchas formas de psicopatología, desde los trastornos afectivos hasta los trastornos de personalidad, presentan alteraciones en la regulación adaptativa de las emociones (Gross y Muñoz, 1995; citado por Nyklíček, 2011). De hecho, intervenciones psicológicas como la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) o la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) utilizan herramientas para mejorar la regulación y han demostrado ser eficaces en la reducción de síntomas psicológicos (Beavers, Enock, & Clasen, 2015). Sin embargo, algo que también observamos en la revisión literaria es que otras investigaciones indican que algunas estrategias de regulación emocional pueden disminuir el bienestar psicológico (Nyklíček, 2011).

## 5. Procesos emocionales y psicopatología

A continuación, presentamos literatura existente que puede justificar que las alteraciones de los procesos especificados por el modelo están presentes en individuos con distintos trastornos psicopatológicos.

## 5.1 Depresión

La relación conceptual entre regulación emocional y depresión es estrecha. En efecto, la depresión tiene un componente muy importante de descontrol afectivo o, dicho de otra forma, de ruptura de la homeostasis afectiva en la que cada individuo fluctúa (Fernández, 2017).

La investigación corrobora la existencia de déficit de regulación emocional en las personas con depresión ya que se ha observado que sus estados de ánimo son más duraderos y, al mismo tiempo, su tendencia a realizar actividades positivas es muy reducida (Alarcón, Correa, & Barreiro, 2015). Pero estos problemas de regulación no aparecen sólo en los pacientes con depresión, sino también en los individuos con vulnerabilidad a este trastorno. Por ejemplo, se ha observado que, tras una inducción negativa del estado de ánimo, las personas con historia de depresión y, por tanto, vulnerables a sufrir más episodios, muestran una mayor persistencia en el estado de ánimo negativo cuando son comparados con personas sin historia de depresión (Hervás, 2011).

Posteriormente en estudios realizados con un diseño longitudinal, se encontró que las personas con mayor persistencia emocional (es decir, mayor déficit de regulación emocional) tenían más probabilidades de experimentar aumentos en la sintomatología depresiva pasadas unas semanas (Beevers, Enock, & Clasen, 2015). Por tanto, la falta de activación de estrategias de regulación podría estar contribuyendo a que, en determinadas personas, un estado anímico negativo pueda ir agravándose con el tiempo permitiendo la aparición de espirales depresivas. Parecería, por tanto, que los procesos de regulación



emocional pueden también ayudar a explicar por qué unas personas se deprimen y otras no ante un acontecimiento negativo.

Otras investigaciones han encontrado que los pacientes depresivos tienen problemas cuando intentan regular sus estados de ánimo tristes con recuerdos positivos (Hervás, 2011). También sugieren investigaciones como las de Hervás y Vásquez, sobre regulación emocional que, una estrategia que es eficaz para las personas sanas, parece ser ineficaz en las personas con depresión. Esto podría deberse, según el modelo planteado por estos autores, basado en el procesamiento emocional, a que los depresivos presentan problemas en una o varias de las habilidades emocionales previas (claridad emocional, aceptación emocional, etc.) y, en consecuencia, las estrategias de regulación funcionarían de forma deficitaria. Por tanto, parece que la aceptación emocional puede estar alterada en los deprimidos (Barraca, 2004).

Lo que hemos observado en la literatura revisada es que las relaciones entre factores como la aceptación emocional, atención y análisis y la sintomatología depresiva sólo han sido evaluadas en estudios con diseños transversales por lo que no es posible tener certeza de si los mismos actúan como factores de vulnerabilidad, de mantenimiento o ambos. En cuanto a las aplicaciones clínicas, son especialmente relevantes los programas de activación conductual. Este tratamiento empíricamente validado plantea de forma explícita, entre otros elementos, la necesidad de programar estrategias de regulación en situaciones clave que permitan un manejo óptimo del afecto negativo (Syzdek, Addis y Martell, 2010).

También el desarrollo del programa de terapia cognitiva basada en la atención plena (mindfulness) que permite prevenir las recaídas en pacientes con depresión recurrente a través de técnicas de conciencia y aceptación (Hervás, 2011). Por último, recientemente se ha propuesto un nuevo tratamiento centrado en el desarrollo de habilidades emocionales y que emplea estrategias de atención plena y otros módulos de la terapia dialéctico comportamental y que está cosechando resultados muy prometedores (Maero, 2017). Para finalizar este apartado podemos decir que la regulación emocional, así como los procesos emocionales implicados, parecen ser muy relevantes tanto en la conceptualización como en el tratamiento de los trastornos depresivos.

## 5.2 Ansiedad

El ser humano tiene la capacidad de vivenciar un tipo diferente de miedo al que tienen los animales, el miedo psicológico, el cual puede adoptar diversas formas: ansiedad, estrés, agitación, inquietud, preocupación, obsesión, fobias, etc.; pero tiene la singularidad que no tiene nada que ver con algún peligro real, objetivo e inmediato.

El miedo psicológico siempre se refiere, bien a algo que podría pasar o bien a algo que ya pasó y podría volver a ocurrir, no a algo que está sucediendo en este momento (Miró & Simón, 2016).

La ansiedad es un proceso psicofisiológico muy estudiado como síntoma, pero del que aún quedan muchos aspectos por conocer en cuanto a las variables psicológicas que la activan y la mantienen (Hervás, 2011).

Estudios sugieren que la tendencia a suprimir las emociones puede elevar los niveles de activación fisiológica de una persona. En consecuencia, la supresión emocional continuada podría, en combinación con otros factores situacionales (p. ej., estrés continuado, situación traumática, etc.), estar en la base de las reacciones de intensa ansiedad en algunos pacientes.

Mennin y colaboradores (2012), sugieren un modelo de desregulación emocional en los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo con cuatro factores: 1. La intensidad emocional excesiva, 2. Comprensión sobre los estados emocionales, 3. Reacción negativa al propio estado emocional y 4. Respuestas desadaptativas en el manejo de las emociones. Estos cuatro factores tienen patrones predictores únicos para el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social.

Todos los trastornos de ansiedad muestran una relación con al menos uno de los factores excepto el trastorno de ansiedad generalizada que demuestra una relación con todos los factores (Miró & Simón, 2016). Estos autores demostraron que el conjunto de estas variables emocionales era capaz de predecir de forma significativa qué participantes presentaban diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y cuáles no, incluso tras controlar el efecto de variables como la ansiedad rasgo, el nivel de sintomatología depresiva o el nivel de preocupación patológica. Es importante destacar que estos resultados se obtuvieron en primer lugar con muestras de estudiantes, pero luego fueron replicados con muestras clínicas (Mennin et al., 2005; Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker y Mennin, 2006).

Por tanto, aunque son necesarios más estudios que demuestren inequívocamente el papel de los procesos emocionales como factores de vulnerabilidad, los datos demuestran la existencia de alteraciones emocionales en muchos pacientes con trastornos de ansiedad. De hecho, los programas de intervención unificados que se están planteando para los trastornos emocionales (depresión y ansiedad) plantean la necesidad de incluir un módulo centrado en la regulación emocional para tratar con eficacia este tipo de trastornos (Barlow, Allen y Choate, 2004, citado por Miró y Simón en 2016).

Los resultados de los estudios consultados muestran que muchos síntomas que aparecen en los trastornos de ansiedad tienen su base en graves dificultades de regulación emocional, también la revisión ha permitido mostrar la relevancia de los procesos emocionales en la comprensión de los procesos de desarrollo y mantenimiento de algunos trastornos psicológicos de alta prevalencia.

En conjunto, resultados de diversas investigaciones como las de Baker, Hervás, Barlow, Mennin, entre otros, ponen de manifiesto la ventaja potencial de usar técnicas de aceptación y atención plena (p. ej., mindfulness) frente a estrategias de control de la respiración (Hervás, 2011). En realidad, todos los modelos basados en la práctica de mindfulness han comenzado a enfatizar los fenómenos emocionales y todos ellos comparten la propuesta de permitir que ocurran todas las experiencias emocionales, incluso aquellas que son negativas o dolorosas. Roemer y Orsillo (2013) afirman que la regulación emocional es inherente a la práctica de mindfulness.

Para cerrar este apartado, podemos decir que las emociones son adaptativas, nos alertan, constituyen mecanismos autorreguladores y también regulan a otros. El hecho de

que atendamos nuestras emociones se convierte especialmente importante para la adaptación. En psicoterapia es importante atender los sentimientos viscerales y vivir en el presente, atendiendo las sensaciones sentidas complejas acerca de lo que es bueno para nosotros, en lugar de hacer aquello que nos hace sentir bien, sin tener en cuenta sus consecuencias. Las emociones están ahí, para decirnos como estamos reaccionando frente a las situaciones. La regulación emocional es un proceso que se da desde la infancia, aunque al principio esta regulación depende de factores externos como el cuidador, pero esto permite que más adelante se dé la propia regulación; esto nos permite la adaptación.

**CAPÍTULO II: FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA TERAPIA COGNITIVA  
BASADA EN MENTE PLENA**

## 1. Introducción a la Terapia Cognitiva

Antes de introducir la propuesta de intervención que planteamos en esta investigación, considero importante dar pie en primer lugar a hablar sobre el modelo terapéutico cognitivo conductual del que parten como mencionamos antes, los creadores de la TCAP, para explicar la fundamentación del origen y desarrollo de nuestra propuesta.

### 1.2 Historia y concepto de la terapia cognitiva

Al hablar de terapia cognitiva es necesario hacer un recorrido histórico, ya que este modelo de atención psicológica, por sus características y flexibilidad ha tenido cambios y avances a lo largo de su caminar.

En terapia cognitiva se habla de tres grandes olas, las cuales describimos a continuación.

- a- La Primera ola o Primera Generación: esta se sitúa en la década de 1950, donde surge como una alternativa opuesta al psicoanálisis, que hasta entonces era el modelo de psicología clínica establecida, instaurando una terapia psicológica basada en principios científicos, dados por la psicología del aprendizaje (García, 2015). En esta primera generación los máximos exponentes fueron John Watson, considerado como “padre” del conductismo y también destaca el aporte de Burrhus Frederic Skinner, creador del conductismo radical (Maero, 2017). Como uno de los principales objetivos de esta primera generación, podemos mencionar el de superar las limitaciones del modelo psicoanalítico predominante y hacer énfasis en la importancia y necesidad de crear una aproximación clínica basada en los principios y leyes del comportamiento humano de manera científica (Aparicio,

Maero, & Quintero, 2016). Uno de los giros que da el modelo con respecto a la visión clásica del psicoanálisis, es que en lugar de apelar a variables o constructos de tipo hipotético o intrapsíquico, como por ejemplo los conflictos del inconsciente, complejo de Edipo como las fuentes causantes de los problemas psicológicos, este modelo identifica variables como los estímulos y la forma en que el individuo responde a ellos. En este punto la terapia se centró en el problema y lo observó de manera directa basándose en los principios del condicionamiento y del aprendizaje. Así, podemos desglosar este en el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante.

En primer lugar, el condicionamiento clásico o pavloviano, responde al esquema de Estímulo-Respuesta. Bajo este enfoque conductista el aprendizaje era considerado como una simple asociación estímulo-respuesta, donde el individuo aprende a conocer la realidad objetiva a través de los sentidos, pero también se consideraba como un ser pasivo, que sólo reacciona a estímulo medioambientales (García, 2015).

El condicionamiento operante, planteado por Ivan Pavlov, indica que, en un ambiente planeado, es posible cambiar la conducta a través de procesos inconscientes se pretende que los alumnos sientan predisposición positiva o negativa hacia algo. Surge también el conexionismo, cuyo exponente Edward Lee Thorndike, quien propuso que el aprendizaje se produce por ensayo y error o por selección y conexión, de esta manera, un comportamiento que tiene una respuesta positiva, genera una conexión firme en término de aprendizajes, Thorndike explica la ley del refuerzo (Mañas, 2017).



Por otro lado, el principio de contigüidad, explicado por Gurthrie, también conocido como aprendizaje asociativo, el cual se establece cuando dos sensaciones ocurren en forma repetida, acaban por asociarse, de manera que cuando sólo ocurre una de estas sensaciones, la otra también aparece (Maero, 2017). Vale la pena agregar que el principio del aprendizaje conductista implica las técnicas de desensibilización sistemáticas de Wolpe y técnicas de exposición, expuestas por Eynseck, estas técnicas resultaron positivas para el tratamiento de problemas vinculados al miedo, la ansiedad y las obsesiones.

En cuanto al condicionamiento operante, la cual fue una técnica identificada como “análisis aplicado de la conducta”, ésta tuvo exponentes como Thorndike y Skinner, quienes propusieron que el aprendizaje es el proceso mediante el cual se fortalece el comportamiento que es seguido de un resultado favorable (refuerzo), con lo cual se aumentan las probabilidades de que ese comportamiento se repita. Se aprende lo que es reforzado. (Mañas I. , 2017)

- b- La Segunda Ola o Segunda Generación: se sitúa cerca de 1960 con la Terapia Cognitiva Conductual. Vale destacar que en época no se desechó la idea de que el esquema E-R del conductismo pavloviano se relaciona con el esquema Input-Output (I-O) del cognitivismo, en este punto se comienza a hablar de terapia de conducta cognitiva o de terapia cognitiva de la conducta. Desde luego esta postura es disidente del psicoanálisis. A diferencia de los años predecesores la psicología ya no sería sólo enfocada en el aprendizaje sino además en el procesamiento de la información. La segunda ola trajo consigo el estudio de la relación entre el

estímulo y la respuesta, planteamiento propuesto por Pavlov y esta relación empieza a entenderse a través de la metáfora de procesamiento de la información.

En Estados Unidos tiene origen la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de la depresión de Aaron Beck, ambas terapias ganaron prestigio al evaluar resultados como lo exigía la terapia de la conducta. Éstas tuvieron una gran influencia en el giro cognitivo de la psicología, en entonces que surge como tal, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual considera que son los pensamientos la causa principal de la conducta y los trastornos psicológicos. La TCC postula que son las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones) son la causa de los problemas emocionales y conductuales. (Mañas I. , 2017). De esta forma, la terapia cognitivo conductual cambió el foco de interés, el cual ahora son los eventos cognitivos, transformando éstos en objetivo de intervención. Visto de la siguiente forma: si la causa de la conducta es el pensamiento, se ha de cambiar el pensamiento para cambiar la conducta.

- c- La Tercera Ola o Tercera Generación: Características: en la década de los años 90 surge la tercera generación de terapias cognitivas conductuales, esta denominación de “terapias de tercera generación” fue designada por Steven Hayes en 2004. Steven Hayes (2004) ha definido a la Tercera Generación de Terapias Cognitivas Conductuales como:

“Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos

psicológico, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapias cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados”.

Esta generación de terapias no se centra en la modificación de los pensamientos para modificar la conducta, en lugar de eso, se centran en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales. (Mañas I. , 2017)

Otra característica es que se postula un replanteamiento contextual. Esto se relaciona con el modelo médico al que se identifica como modelo del déficit. Esto supone que detrás o en la base de cada trastorno mental hay una disfunción psicológica o déficit, de manera que se requiere de una técnica específica para reparar tal condición. Postula además “el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida”. (Moreno, 2012)

Estas terapias se encuentran relacionadas con ciertas prácticas orientales milenarias, como el budismo y el sufismo. Utilizan técnicas basadas en la

experimentación por parte de los clientes, como lo son: ejercicios experienciales, historias, metáforas, diversos ejercicios de mindfulness, entre otras.

En síntesis, estas terapias se refieren a: procesos relacionados con la aceptación psicológica, los valores del cliente y del terapeuta, cuestiones relacionadas con la espiritualidad y la trascendencia, el autoconocimiento y el estar en contacto con el momento presente, aquí y ahora. (Mañas I. , 2017)

Las terapias de tercera generación son:

1. Terapia de Aceptación y Compromiso (en inglés Acceptance and Commitment Therapy o ACT) Steven Hayes (1999)
2. Psicoterapia Analítica Funcional (en inglés Functional Analytic Psychotherapy o FAP) Kohlenberg & Tsai (1991)
3. Terapia Dialéctica Conductual (en inglés Dialectical Behavior Therapy o DBT) Marsha Linehan (1993)
4. Terapia Integral de Pareja (en inglés Integrative Behavioral Couples Therapy o IBCT) Jacobson & Christensen (1996)
5. Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (en inglés Mindfulness Based Cognitive Therapy o MBCT) Segal, Teasdale & Williams (2004)
6. Terapia de Activación Conductual de la Depresión (BA)

## 1.2 Método Terapéutico en Terapia Cognitiva

La Terapia cognitiva conductual sostiene la idea principal de que existe un sesgo o una distorsión en el procesamiento de la información, en otras palabras, o como se explica de forma más cotidiana, es la percepción que se tiene de los eventos lo que nos afecta.

Beck (1985) propuso que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común denominador una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y a la consiguiente modificación del pensamiento produce una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes. (Riso, 2006) Este modelo cognitivo sostiene que un evento negativo es necesario pero no suficiente para que se produzca la patología y tampoco lo es el mal procesamiento de la información, sino que la alteración se produce al confluir ambos factores.

El papel del terapeuta es ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos idiosincráticos de pensamiento y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica. (Riso, 2006)

En el proceso terapéutico, este modelo se vale de varias herramientas para trabajar en los esquemas cognitivos, que producen el malestar en el cliente. Las técnicas van dirigidas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y los esquemas que subyacen a estas cogniciones (Beck et al., 1983 citado por Gil, 2016).

Debemos mencionar que la terapia cognitiva, pone su foco en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, atribuciones, supuestos los cuales deben validarse y para ello se requiere el trabajo conjunto al cliente, también esto es conocido como empirismo colaborador, es una de las técnicas que se emplean con frecuencia. De igual manera se utilizan otras herramientas básicas de trabajo como el diálogo socrático, que permite al terapeuta identificar los pensamiento automáticos y luego los esquemas que subyacen y los mantienen; por medio del diálogo el terapeuta confronta y cuestiona los mismos buscando desarrollar la capacidad crítica del cliente. Otra herramienta importante es el descubrimiento guiado, donde el terapeuta proporciona información al cliente sobre su motivo de consulta y los métodos de la terapia, además le explica el uso de los autoregistros con el fin de que comprenda la relación entre la situación vivida y la experiencia que le acompaña. Así también se incluyen y explican las tareas para la casa, las cuales constituyen un elemento importante en la terapia, ya que permiten extrapolar lo aprendido en sesión. A lo antes mencionado es importante agregar un hito básico en terapia cognitiva, la alianza terapéutica, ésta incluye el acuerdo entre el terapeuta y cliente sobre los objetivos que se desean lograr en el proceso terapéutico y aunque no es la fuente principal de ayuda al cliente, si tiene un valor importante dentro del proceso.

## 2. Terapias psicológicas basadas en Atención Plena

Recordemos que la terapia cognitiva ha trabajado tradicionalmente con los contenidos de pensamientos y ha separado los “racionales” de los “irracionales”, ayudando a los pacientes a identificarlos y modificarlos (Miró & Simón, 2016). Este trabajo de reestructuración cognitiva es muy efectivo en el tratamiento de procesos agudos y en

terapia individual, pero para Teasdale, el trabajo posterior, en el mantenimiento del cambio, debe enfocarse hacia la relación que establecen los pacientes con sus sentimientos y pensamientos y hacia el bloqueo de los procesos ruidadores, en lugar de dirigirse a la modificación de los pensamientos.

### 3. ¿Qué es Mindfulness o Mente Plena?

La tendencia natural de la mente es hacer evaluaciones, juicios, predicciones de lo que va a pasar, de lo que vamos a sentir, e intentar evitar cierto tipo de experiencias que nos resultan amenazantes, pero esta evitación, que permite salir de la incomodidad inmediata, puede limitar nuestras vidas. Por ejemplo, podemos evitar actividades sociales, físicas, laborales o cualquiera que nos exponga a algo a lo que usualmente tememos, con lo cual abordamos estos contextos desde las restricciones que nuestros miedos nos imponen.

Mindfulness es una palabra inglesa de difícil traducción, que en español se suele denominar como “Atención Plena”, “Conciencia Plena” o “Mente Plena (Maero, 2017). En español utilizamos el término de manera flexible, empleamos estas tres traducciones. Cabe mencionar que en este estudio lo utilizaremos también estos términos de manera flexible.

Kabat-Zinn (2003) fue quién introdujo el mindfulness en occidente, hace la siguiente descripción: «Consiste en un proceso de observación continua del cuerpo y la mente, permitiendo que nuestras experiencias se vayan haciendo conscientes a cada momento y de aceptarlas tal y como son. No trata en absoluto de rechazar, fijar, suprimir o controlar

las ideas. [...] El mindfulness no intenta hacer sentir algo especial, sino que más bien dirige sus esfuerzos a que nosotros mismos nos familiaricemos cada vez más con nuestras propias experiencias» (Kabat-Zinn, 2003; citado por Mañas, 2009).

Mente plena, como también se conoce en español, es un constructo teórico que procede de las tradiciones orientales (especialmente del budismo) y de su reciente adaptación a la cultura y a la ciencia occidentales (Simón, 2011). Mindfulness o Mente Plena consiste en prestar atención plena a la realidad del momento presente con una actitud básica de aceptación (Parra, Montañés, & Bartolomé, 2012).

Una definición un poco más clara es la que nos ofrecen Parra y Delgado en 2011:

“En una primera aproximación al concepto de mindfulness, se podría decir que consiste en ser plenamente consciente de los estímulos internos y externos que surgen en el momento presente, con aceptación, con ecuanimidad, sin juzgar, sin expectativas o creencias, con serenidad, bondad y autocompasión, abiertos, de este modo, a la experiencia del aquí y ahora.”

Esta forma particular de observación se ha practicado en Oriente desde hace más de 2500 años y ha sido recontextualizada en la medicina y psicología occidental por el Dr. Jon Kabat-Zinn, del Centro médico de la Universidad de Massachusetts (Arredondo, 2017). A pesar de ser una práctica originada en las antiguas disciplinas orientales, como las budistas, es también una práctica universal de la cual cualquiera puede beneficiarse, ya que es una habilidad psicológica que al desarrollarla permite observar lo que aparece



en nuestra conciencia, de manera simple y constante nos lleva a estar presentes y conectados con la experiencia del aquí y ahora.

Otra definición posible es la siguiente:

“Mindfulness se trata de estar completamente consciente de lo que sea que esté sucediendo en el momento, sin filtros ni el lente de las evaluaciones. Puede ser aplicado a cualquier situación. Dicho simplemente, mindfulness consiste en cultivar la percepción de la mente y el cuerpo y vivir en el aquí y ahora. Y, de hecho, estar presente y atento es un concepto importante en muchas tradiciones espirituales, incluyendo el budismo, cristianismo, hinduismo, islam, judaísmo y taoísmo. En sánscrito se denomina *smṛti*, de la raíz *smṛ*, que significa recordar, y en Pali, el lenguaje de las primeras escrituras budistas, es conocido como *satī*. (Stahl & Goldestein, citado por Maero 2016).”

Kabat-Zinn (1990), citado por Grecucci y cols. (2014), propone una lista de actitudes y comportamientos que ayudan al desarrollo de la atención plena en la vida cotidiana: 1. No juzgar: ser un testigo imparcial a las propias experiencias sin sacar conclusiones prematuras. 2. Paciencia: dejar que las cosas se desarrollan en su propio tiempo. 3. Mente del principiante: estar receptivos a nuevas posibilidades y no quedar atrapados en la rutina de la propia experiencia. 4. Confianza: desarrollar una confianza básica en sí mismo y en los propios sentimientos. 5. No esforzarse: simplemente prestar atención a cómo se está ahora, en el momento, y sentirlo tal como es. 6. Aceptación: ver las cosas como realmente son en el presente. 7. Ceder: dejar ir es una manera de dejar que las cosas sean, de aceptar las cosas como son.

De Mindfulness se ha escrito mucho en los últimos veinte años, hablando de nuestra cultura occidental, aunque como hemos visto es una práctica milenaria, su aplicación como llave hacia la auto-observación terapéutica ha cobrado auge en esta parte del mundo, por los múltiples beneficios que ha demostrado. Es importante recordar que esta práctica por todo lo que representa es una capacidad que sólo se logra con un desarrollo elevado de meta-consciencia y sabemos que es mediante el entrenamiento que se hace en los escenarios clínicos y se extrapola, es lo que lleva al desarrollo de esta habilidad psicológica.

Estudios (p. ej., Chambers, Gullone y Allen, 2009; Erisman y Roemer, 2010) indican que, entre los posibles mecanismos de acción de los tratamientos basados en mente plena, se encuentra la facilitación de una regulación emocional más adaptativa. Esto implica la aceptación y mayor conciencia de las experiencias emocionales, dando lugar a una relación más equilibrada con estas emociones (Brown y Ryan, 2003; Hayes y Fieldman, 2004; Hill y Updegraff, 2012).

La práctica de mindfulness produce una mejoría en la regulación emocional. Podríamos decir tal vez que esta mejoría estaría basada en los principios subyacentes a mindfulness, sobre todo la exposición y la aceptación de las experiencias mentales, y que esta mejoría de la regulación emocional podría ser la vía a través de la cual el mindfulness llega a producir sus efectos beneficiosos (Ortega, 2015).

Es importante destacar que mindfulness ha sido utilizado como herramienta para el tratamiento de trastornos diversos, entre ellos la depresión y la ansiedad, de igual manera debemos diferenciar entre el uso de mindfulness como una herramienta dentro de la

terapia cognitiva, pues como sabemos este modelo, por su flexibilidad permite integrar muchas herramientas, sin embargo, es distinto hablar de la Terapia Cognitiva basada en Mente Plena o Mindfulness, esta última es nuestro foco. Pero antes de continuar, nos interesa detallar brevemente lo que es Mindfulness, lo que no es y las características de esta gran herramienta.

En nuestra investigación debemos tomar en cuenta un aspecto relevante como lo es la psicoeducación, recordemos además que la población está compuesta por adolescentes en riesgo social con una medida de protección judicial, para ellas esta terapia es nueva y la práctica de mindfulness que la sustenta lo es más aún. Por ello también es importante que relatemos aquí no sólo el concepto de mindfulness que nos ofrecen algunos autores, sino además es importante introducir lo que no es mindfulness y así evitar confusiones, para tal fin desarrollaremos los siguientes puntos, tomando como referencia lo que explican Miró y Simón en su libro sobre mindfulness en la práctica clínica (2016);

- No es dejar la mente en blanco, no se trata de no pensar, ya que de por sí esto no es posible, se trata de dejar estar nuestros contenidos mentales sin que nos perturben
- No es buscar el éxtasis o la iluminación, mindfulness no entra en conceptos religiosos ni místicos, no se trata de entrar en trance o huir de la realidad, más bien de estar presente en ella, en el aquí y ahora
- No es escapar del dolor, lo que trae sufrimiento, sino de la resistencia psicológica ante el dolor

- No es suprimir las emociones, sino aceptarlas, dejarlas estar y ser bondadoso con ellas
- No es una técnica de control, se trata de dejar estar, ir más allá de nuestros miedos y dejar de controlar y enjuiciar la experiencia
- No es una técnica de relajación, aunque la práctica lleva a la calma, el objetivo primordial es ampliar la consciencia
- No es “pensamiento positivo”, ya que no se emiten juicios de valor, los pensamientos son tratados como contenidos mentales pasajeros y se dejar estar ahí
- No es autorreferencial, pues la práctica de mindfulness no enjuicia la experiencia, de hecho, conforme se es más consciente, se es más amoroso y compasivo con uno mismo con todo lo que nos rodea.

### 3.1 ¿Cómo se logra?

La práctica del mindfulness comienza con la práctica de la meditación de concentración. Como hemos mencionado antes, la mente está constantemente divagando de un lugar a otro, con la influencia de nuestros pensamientos, emociones, etc. Por lo tanto, el principal objetivo es calmar la mente, conseguir un estado de serenidad. Para conseguir este propósito se entrena a la mente a permanecer centrada en un solo estímulo (“objeto” de meditación) de forma constante. El objeto de meditación utilizado por excelencia es la propia respiración (Mañas, 2012). Así, vemos que la práctica de mindfulness se centra la atención en la respiración sin ignorar el flujo de pensamientos,

sentimientos y sensaciones que puedan aparecer (Grecucci, Pappaianni, Siugzdaite, Theuninck, & Remo, 2014). Puede parecer una tarea sencilla el mantener la concentración en la respiración, pero una vez se inicia en los ejercicios nos damos cuenta que es bastante difícil mantener la atención de manera sostenida en la respiración, sin que se desvíe hacia pensamientos, sentimientos, emociones.

Se pueden diferenciar entre dos tipos de prácticas dentro del mindfulness, la formal y la informal. La práctica formal consiste en centrar la atención en la respiración y en analizar cada parte del cuerpo para tomar consciencia de la naturaleza transitoria de la experiencia sensorial, trasladando la atención a través de las diferentes modalidades sensoriales y supervisando el control de la experiencia a cada momento. (Ortega, Mindfulness y regulación emocional, 2015). Por otra parte, la práctica informal implica breves pausas que involucran volitivamente cambiar la atención a la conciencia del momento presente (Miró & Simón, 2016). En conjunto, este paquete de prácticas meditativas pretende mejorar la capacidad de observar el contenido inmediato de la experiencia. Más específicamente, la naturaleza transitoria de los pensamientos, las emociones, los recuerdos, las imágenes mentales y las sensaciones físicas (Gil, 2016).

### 3.2 Efectos clínicos del Mindfulness

Como lo indicamos anteriormente, la psicología occidental ha adoptado con mayor interés la práctica de mindfulness en las últimas décadas. Por tanto, “mindfulness”, un término perteneciente a las sociedades occidentales, está reconociéndose cada vez más como una práctica psicológica efectiva para reducir el estrés, el manejo del dolor y determinados problemas de salud mental (Chiesa y Serretti, 2010; citado por Grecucci y

cols., 2014). Desde que se inició con su empleo por parte de Kabat-Zinn en la Terapia de Reducción del Estrés basada en Mindfulness, se ha aplicado esta terapia a trastornos conductuales y emocionales y para enfermedades mentales crónicas, sin embargo, inicialmente la misma estaba dirigida al manejo del dolor crónico. Otra de las aplicaciones de Mindfulness es para pacientes con fibromialgia, ansiedad, ataques de pánico, altibajos emocionales, esclerosis múltiple, entre otros (Grecucci, Pappaianni, Siugzdaite, Theuninck, & Remo, 2014).

En las últimas décadas a nivel médico también han surgido investigaciones que denotan el efecto clínico de la práctica de mindfulness, se ha observado que la práctica puede mejorar los trastornos emocionales y el estado de ánimo negativo, además de reducir respuestas fisiológicas tales como la conductancia de la piel y la actividad de la amígdala (Arredondo, 2017).

### 3.3 Aplicaciones

Hace casi unas tres décadas mindfulness empezó a llamar la atención de la Psicología Clínica y ha sido incluido dentro de una gran variedad de intervenciones y terapias psicológicas, se observa su aplicación de forma explícita o implícita, de manera exclusiva, o bien como un componente más dentro de un programa de alguna intervención clínica.

Varios tratamientos psicológicos de diferentes escuelas tienen explícita o implícitamente incorporado los principios de mindfulness. Entre ellos se encuentran (citado por Greccuci y cols., 2014):

1. La terapia dialéctica conductual (DBT) (Linehan, 1993) es un enfoque que desarrolla las habilidades de regulación emocional en una variedad de trastornos mentales como, por ejemplo, el trastorno límite de la personalidad, mediante la realización de ejercicios de conciencia y de atención a las emociones, los pensamientos y sentimientos, además de tareas de tratamiento cognitivo y conductual (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991).

2. La terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) (Segal, Williams y Teasdale, 2002), que combina un programa de entrenamiento de la mente en mindfulness con tareas de reestructuración cognitiva para reducir las recaídas en la depresión (Teasdale, Segal, Williams, Ridgewaya, Soulsby y Lau, 2000), que además es la que utilizamos en esta investigación.

3. La terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), instruye a los pacientes a observar y aceptar los pensamientos, sentimientos y sensaciones y a comprometerse a actuar conforme a sus propios valores, de forma similar a mostrar una actitud consciente. Esto ayuda a los pacientes a modificar sus relaciones con la experiencia interior.

4. La psicoterapia dinámica intensiva a corto plazo (ISTDP) (Frederikson, 2013; Ten Have-de Labije y Neborsky, 2012), consiste en guiar al paciente en todo momento, haciendo hincapié en el desarrollo de la capacidad para observar y asistir a las respuestas emocionales y corporales dentro de las relaciones terapéuticas y de otro tipo.

5. Apego y relaciones enfocadas en el psicoanálisis (Safran, 2003; Wallin, 2007) con el fin de lograr que el paciente consiga una actitud consciente hacia sí mismo, el terapeuta y otros. Para ello el terapeuta se aleja conscientemente de sus propias respuestas con el fin de reflexionar sobre la contratransferencia, interpretaciones influyentes y respuestas para el paciente.

#### 4. Terapia Cognitiva basada en atención plena

A principio de los años 90, los doctores Segal, Williams y Teasdale se reunieron para empezar a trabajar en esta terapia, ya los tres habían realizado investigaciones previas sobre depresión, sin embargo, también prestaron atención a lo que se venía diciendo años anteriores sobre la posibilidad de que la depresión se convirtiera en una de las primeras enfermedades del siglo XXI. Adicionalmente, ellos veían el incremento de la demanda de terapeutas cognitivos, los cuales eran ya escasos, como una solución potencialmente limitada para el creciente problema de la recaída depresiva. Por lo tanto, en lugar de adaptar la terapia cognitiva para desarrollar una versión de mantenimiento, el equipo eligió diseñar una terapia de mantenimiento novedosa guiada por las respuestas a dos preguntas centrales: (1) ¿cuáles son los mecanismos psicológicos que subyacen a la vulnerabilidad cognitiva a la recaída? y (2) ¿cómo podría la terapia cognitiva reducir la recaída/recurrencia depresiva? (Gil, 2016)

Los tres desarrolladores de la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena, Zindel Segal, del Centro de Adicción y Salud Mental (división Clark) en Toronto, Mark Williams, entonces de la Universidad de Wales, Bangor y John Teasdale, entonces de la Unidad de Psicología Aplicada del Consejo de Experimentación Médica en Cambridge,



comenzaron el proceso de desarrollo en primer lugar repasando el entendimiento teórico de la base de la vulnerabilidad a una recaída y recurrencia de la depresión. Esto los llevó a reconocer que un mecanismo protector clave en prevenir recaída de la depresión es la habilidad de salir de nuestro proceso de pensamiento. A través de la experiencia particular de uno de los desarrolladores, el entendimiento surgió acerca de que esto, y otras destrezas relevantes a la prevención de la depresión, pueden ser desarrollados a través de la práctica de la meditación con atención plena. Esto llevó a Segal, Williams, y Teasdale por lo tanto a trabajar con Jon Kabat-Zinn (Korman & Garay, 2012).

De acuerdo a Segal, Williams y Teasdale, (2002), la Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness, destinada fundamentalmente a pacientes con depresión crónica y con alta prevalencia de recaídas, también puede ser eficaz para la reducción de estilos cognitivos desadaptativos y el aumento de habilidades metacognitivas. Específicamente, buscaban un modo de educar a individuos en riesgo para recuperar voluntariamente una atención divagante desde los patrones de pensamiento rumiativo implicados en la recaída depresiva.

La terapia cognitiva basada en mente plena, contiene técnicas y ejercicios de la Terapia cognitiva-conductual (TCC) e incluye elementos de tipo didáctico psico-educativo y se ha demostrado especialmente útil para personas con tendencia a pensamientos negativos y repetitivos que generan o perpetúan sentimientos de ansiedad o bajo estado de ánimo (Fernández, 2017). Este modelo comporta una serie de interesantes implicaciones clínicas. Nos ofrece herramientas para que podamos elegir el tratamiento en función del paciente y no hacer coincidir al paciente con el modelo. (Korman & Garay, 2012).

Esta terapia se basa en el Programa de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena de Jon Kabat-Zin (1985) e integra algunos aspectos de la Terapia Cognitiva Conductual para la depresión (Arredondo, 2017). Esta nueva modalidad de terapia dentro el enfoque cognitivo conductual obedece a la evolución que ha tenido este modelo desde sus inicios, en este caso específico se trata de las terapias de la tercera ola. El enfoque bajo el cual fue desarrollada la terapia cognitiva basada en atención plena, está dirigido hacia personas con historial de depresión y vulnerables a presentar nuevos episodios (Fernández, 2017). Esta terapia plantea su aplicación mientras el paciente está en remisión, se busca que cree conciencia sobre las sensaciones corporales, sus pensamientos y emociones, de forma que detecte las señales de una posible recaída (Miró & Simón, 2016).

Como lo mencionamos antes esta terapia es una integración de la Terapia Cognitiva, con el programa de reducción del estrés basado en la Atención Plena de Kabat-Zinn (1985). El acercamiento de la Terapia Cognitiva a la Atención Plena y la meditación no es casual, sino que responde a la propia evolución de la terapia cognitiva hacia modelos de intervención centrados en el desarrollo de la función metacognitiva. La metacognición es un concepto que proviene de la psicología del desarrollo, pero en los últimos años está siendo cada vez más utilizado en psicoterapia para entender determinados procesos y sobre todo para abrir hacia otros cauces, el que ha sido el objetivo tradicional de la terapia cognitiva, la modificación de esquemas cognitivos. Teasdale (1999) hace una distinción entre el conocimiento meta cognitivo (saber que los pensamientos no siempre son ciertos) y perspicacia meta cognitiva (directamente experimentar pensamientos como

eventos en el campo de la consciencia). La sugerencia es que la práctica de la atención plena desarrolle una perspicacia meta-cognitiva, que tiene más potencial en términos de permitir una desconexión hábil de los patrones de pensamientos rumiantes y la experiencia emocional difícil. Perspicacia que emerge de esta manera puede ser como una “bombilla”-ilumina el entendimiento de una nueva manera y tiene más impacto que el aprendizaje que surge a través de la puerta conceptual (Miró & Simón, 2016).

El tratamiento que propone la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena tiene una duración de ocho semanas y se recomienda aplicarla a un máximo de doce participantes. Se busca que los pacientes que no están deprimidos, pero tienen alto riesgo de tener una recaída en depresión, aprendan a practicar mindfulness.

Las sesiones de la Terapia Cognitiva basada en Mente Plena contienen varias técnicas que se distribuyen a lo largo de las 8 semanas del tratamiento y se enseñan durante las sesiones, acompañadas de explicaciones teóricas.

Como ya dijimos la intervención utiliza una variedad de técnicas, a continuación describimos las que nos presentan Miró y Simón (2016);

1. Ejercicio de la Uva pasa: Se reparte una uva pasa entre los asistentes al entrenamiento en Atención Plena, antes de comerla, se huele, se observan sus formas, se chupa, y se paladea dando la instrucción de hacerlo como si fuera la primera vez que la prueban. Este ejercicio sirve para explicar la Atención Plena a través de forma experiencial, se utiliza en la primera sesión como introducción.

2. Atención en la Respiración: La manera más fácil y eficaz de comenzar a practicar la meditación en la Atención Plena, consiste en concentrar la atención en la respiración y ver lo que sucede. Hay varios puntos donde concentrarse, aletas de la nariz, diafragma, pecho, etc., pero la cuestión es no intervenir, no intentar modificar la respiración, ni ralentizarla ni hacerla más rápida, simplemente ser consciente de ella, sin intervenir, sin pensar en ella, simplemente darse cuenta de la respiración, de cada inspiración y de cada espiración. La forma de empezar a extender la meditación a la vida cotidiana es la concentración en la respiración durante tres minutos.
3. Meditación sentado/a: Se denomina meditación sentada al núcleo de la práctica de la meditación formal. Se trata de adoptar una postura erecta y digna, en la que la cabeza, cuello y espalda están alineadas, es decir, conforman una misma línea. Una vez se fija la postura, hay que centrarse en la respiración, con Atención Plena y centrarse en la experiencia presente.
4. Técnica de contemplación de las sensaciones o “body-scan”: En esta técnica se exploran las sensaciones del cuerpo. Con la atención, se va pasando por todas las partes del cuerpo, comenzando por los pies, hasta la cabeza. Se combina con la meditación en la respiración, ya que cada vez que la mente se evade y se distrae, se utiliza la respiración como lugar donde llevar la atención. En este ejercicio se da la instrucción de transportar con la imaginación el aire que entra por la nariz por todo el cuerpo, hasta los pies. Esta técnica constituye la primera de las técnicas que se utilizan para desarrollar la Atención Plena, la concentración en el

momento presente y la calma. Esta meditación normalmente se hace tumbado, aunque también se puede hacer sentado/a.

5. Yoga: El yoga realizado con atención constituye la tercera técnica más importante de meditación en el modelo de Kabat-Zinn, se basa en ejercicios suaves de estiramiento y fortificación que se realizan con gran lentitud y teniendo conciencia en cada momento de la respiración y de las sensaciones que aparecen en el cuerpo al hacer las asanas o posturas. Se trata de tomar conciencia del cuerpo, y de sus limitaciones, sin sobrepasarlas. Se promueve la observación de las sensaciones corporales, como surgen y desaparecen, sin reaccionar a ellas ni juzgarlas. Además, su práctica es adecuada para desentumecer el cuerpo después de varias horas sentado sin moverse.
6. Meditar caminando: Se trata de llevar la atención a uno de los actos más inconscientes y automáticos del cuerpo, caminar. Poner la Atención Plenamente en el contacto del pie contra el suelo y en todos y cada uno de los movimientos y acciones que subyacen al acto de caminar, dándose cuenta de lo complicado que es y de lo automatizado que está.
7. Atención Plena en la cotidianeidad: Es la última parte de la formación, está centrada en llevar esa Atención Plena a todos los aspectos de la vida, desde lavar el coche, hasta esperar el autobús. Es el auténtico objetivo del tratamiento, poder utilizarla en cualquier ámbito de la vida cotidiana, como herramienta para afrontar el sufrimiento.

#### 4.1 Fundamentos de la Terapia cognitiva basada en la atención plena

El fundamento de la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena está en la meditación con atención plena. La esencia del entrenamiento en atención plena o mindfulness en la Terapia Basada en Mente Plena es la utilización intencional del control de la atención para establecer una configuración del procesamiento de la información alternativo, que es incompatible con la configuración del engranaje depresivo (Miró & Simón, 2016). Esto se refiere al estado Ser, en el que no se juzga ni se intenta cambiar la experiencia, sólo se permite que las cosas sean como son y ocurran con fluidez, se trata de dejar que los pensamientos estén, como imágenes, hacerse conscientes de ellos y luego dejarlos ir como olas en el mar, esto difiere del estado de rumiación en el que se activa el modo Hacer, en el cual muchas veces nos encontramos, casi ausentes de la experiencia ya que la mente está en una constante divagando sobre cómo deberían ser las cosas, pensando en metas futuras y la consecución de las mismas. La finalidad de la Terapia Cognitiva basada en atención plena, es que el paciente del modo hacer al modo ser.

#### 4.2 Hipótesis de Terapia cognitiva basada en la atención plena

El modelo de vulnerabilidad cognitiva

¿Cómo recae en la depresión un paciente que no está deprimido en ese momento, pero que sí lo ha estado? La hipótesis básica de Terapia Cognitiva basada en Mente Plena es que al experimentar varios episodios de depresión se establece una vulnerabilidad cognitiva a la misma, consistente en que determinados patrones de pensamiento depresivo (rumiación, autocrítica) se vuelven a activar cuando los pacientes experimentan un estado

de ánimo negativo, patrones que habitualmente no están presentes en la vida cotidiana del paciente recuperado (Gil, 2016).

Estos patrones involucran una percepción de sí mismo como inútil, y del futuro como desesperanzador, y una vez que se activan, tienen el efecto de mantener el estado de ánimo negativo (disfórico) e intensificarlo a través de ciclos progresivos de rumiación y conducta (García, 2015). De este modo, en las personas con una historia de depresión mayor los estados “suaves” de disforia producidos por la vida progresarán más probablemente a estados más intensos y persistentes, que pueden desembocar en nuevos episodios de depresión mayor.

Esta hipótesis, a la vez, contribuye a explicar por qué cuantos más episodios de depresión mayor ha tenido una persona, mayor es su riesgo de volver a tenerlos, y menos disparadores externos son necesarios

#### 4.3 Críticas a la Terapia Cognitiva basada en atención Plena

Como otros modelos de intervención, este también ha sido criticado por diversos autores. Como lo indica Cebolla (2009), la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, no es una terapia en sí misma, sino que su objetivo es trabajar y estimular determinadas habilidades muy difíciles de trabajar en terapia individual (Cebolla A. , 2009). La TCAP es un complemento de un proceso terapéutico (farmacológico, Terapia Familiar, Terapia cognitiva individual, Gestalt). Este autor también señala que la intervención ideal es la que compagina la terapia de grupo con un seguimiento individual, además indica su preocupación por la corta duración de la terapia y el riesgo de que la

misma se convierta en una terapia de grupo. Aunque Wells (2002) defiende la utilización de la Atención Plena en el proceso terapéutico, tiene una visión más restringida de su uso, y plantea que en determinados contextos puede ser contraproducente (aumento de vulnerabilidad al estrés, autoobservación desadaptativa, etc.) (Cebolla A. , 2009).

#### 4.4 Aplicaciones clínicas de la Terapia Cognitiva basada en Mente Plena

La intervención en Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena es más efectiva que la intervención usual en la reducción de los síntomas de Depresión y Estrés, y en la reducción de la Sensibilidad a la Ansiedad y la tendencia a Preocupación, para las personas con sintomatología ansiosa (Cebolla A. , 2009).

La Terapia Cognitiva basada en Mente Plena, en la regulación de la ansiedad, puede ayudar a desarrollar la observación sostenida, sin juzgar, de las sensaciones relacionadas con la ansiedad, sin intentar escapar o evitarlas, y eso reduce la reactividad emocional (Alarcón, Correa, & Barreiro, 2015).

Ayudaría también a desarmar las respuestas desadaptativas automáticas que llevan al estrés y a los síntomas de ansiedad (Maero, 2017), otro punto importante es que la práctica habitual ayudaría a advertir de las asociaciones que hacemos entre pensamientos, sensaciones, emociones, imágenes, incrementando la autoconciencia y la autocomprensión, finalmente la práctica permitiría estar presentes en las situaciones que nos generan ansiedad con mayor serenidad y tolerancia, sin necesidad de evitarlas ni reducir actividades significativas e importantes para la vida cotidiana (Acosta, 2014).

El interés por los beneficios que se producen al realizar entrenamientos en mindfulness ha disparado exponencialmente el número de investigaciones científicas al



respecto y hoy día podemos contar con diversos aportes que nos llegan desde las neurociencias, a partir de los cuales ha sido posible observar los cambios que se producen a nivel cerebral en los pacientes que han recibido Terapia Cognitiva Basada en Mente Plena. Se ha observado un engrosamiento en áreas relacionadas con la memoria de trabajo, el aprendizaje, el autoconocimiento y las emociones, sobre todo las que denominamos como agradables, así como también una disminución en la materia gris de la amígdala, que es el área encargada de activar el miedo, la ansiedad y la respuesta de estrés (Arredondo, 2017).

### **CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS**

## 1. Planteamiento del problema

Anteriormente describimos que la población de niños, niñas y adolescentes institucionalizados no reciben una atención individualizada e integral, por lo que sus necesidades emocionales no son totalmente intervenidas, aún cuando es una de las áreas más afectadas y parte de conflictos que tienen estos menores. En este sentido surge la necesidad de brindar a esta población una intervención que contemple mejorar sus procesos de regulación emocional, teniendo en cuenta el impacto de ello en las diferentes áreas de ajuste del ser humano.

En el Hogar Metro Amigos, así como en otros albergues que reciben población en riesgo social, una de las problemáticas más frecuentes son los problemas de conducta, que se exacerban como parte de los efectos de la institucionalización, sumado a los sentimientos de olvido, rechazo y abandono. A esto se suma la problemática de las constantes riñas entre los menores dentro del albergue, se observan con frecuencia, problemas en el manejo de emociones, niños, niñas y adolescentes con síntomas depresivos y ansiosos, etc. Esto genera la necesidad de contar con una intervención terapéutica que sirva de guía para que éstos menores institucionalizados puedan reconocer, aceptar, expresar y administrar sus emociones de forma más saludable y por ende generar bienestar en ellos y mejor adaptación a su entorno.

De acuerdo a los hallazgos en investigaciones basadas en la implementación de la terapia cognitiva basada en mente plena o mindfulness, consideramos que nuestra investigación puede representar una alternativa a la problemática del pobre control

emocional, que presentan las adolescentes institucionalizadas, específicamente las albergadas en el Hogar Metro Amigos.

Por tal razón, esta investigación pretende aumentar el conocimiento y generar mayor evidencia sobre los beneficios que ofrece la terapia cognitiva basada en atención plena. La finalidad que se persigue con el conocimiento que brindará la investigación es lograr mayor relevancia a la atención integral de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados, basado en evidencia empírica. No se pretende demostrar la ineficacia de la atención que brindan los equipos multidisciplinarios en los albergues, sino que estas intervenciones pueden ser alternativas para la atención que se brinda.

De manera que no esperamos reemplazar la atención psicológica que ya reciben estas adolescentes en el albergue, más bien completarla. Con base en lo mencionado anteriormente, planteamos el siguiente problema de investigación; ¿Puede la terapia cognitiva basada en mente plena, ayudar a las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos a mejorar su regulación emocional?

## 2. Objetivos

### Objetivo General

1. Evaluar el efecto de la terapia cognitiva basada en mente plena para mejorar la regulación emocional en adolescentes del Hogar Metro Amigos.

### Objetivos Específicos

- 1- Evaluar la regulación emocional de las adolescentes antes del tratamiento y así determinar la línea base.
- 2- Enseñar a las adolescentes del Hogar Metro Amigos a reconocer sus emociones,

aceptarlas, gestionarlas eficazmente y expresarlas de manera adecuada a través de la terapia cognitiva basada en mente plena

- 3- Comparar los resultados obtenidos en las mediciones de la regulación emocional antes y después de la intervención.

### 3. Hipótesis

Hipótesis general/teórica:

Ha: Las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos que reciben la terapia cognitiva basada en mente plena logran mejoras en la regulación emocional.

Hipótesis de trabajo/estadísticas:

#### **Hipótesis 1: Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)**

H<sub>0</sub>: No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>: Hay una diferencia significativa las puntuaciones medias de la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

### **Hipótesis 2: Subescala Atención-Desatención**

$H_0$ = No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Atención-Desatención antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

$H_1$ = Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Atención-Desatención antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

### **Hipótesis 3: Subescala Claridad - Confusión**

$H_0$ = No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Claridad - Confusión antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

$H_1$ = Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Claridad - Confusión antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

#### **Hipótesis 4: Subescala Aceptación-Rechazo**

$H_0$ = No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Aceptación-Rechazo antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

$H_1$ = Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Aceptación-Rechazo antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

#### **Hipótesis 5: Subescala Funcionamiento-Interferencia**

$H_0$ : No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Funcionamiento-Interferencia antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

$H_1$ : Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Funcionamiento-Interferencia antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

#### **Hipótesis 6: Subescala Regulación –Descontrol**

$H_0$ = No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Regulación –Descontrol antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Regulación – Descontrol antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

## ESCALA DE RASGO DE METACONOCIMIENTO EMOCIONAL-24 (TMMS-24)

### Hipótesis 7: Dimensión Atención emocional

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Atención emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Atención emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

### Hipótesis 8: Dimensión Claridad emocional

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Claridad emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$



H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Claridad emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

### **Hipótesis 9: Dimensión Regulación/Reparación emocional**

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Regulación emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Regulación emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

### **Inventario de Ansiedad de Beck**

#### **Hipótesis 10. Ansiedad**

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la ansiedad antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

$H_1$ = Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la ansiedad antes (pretest) y después (posttest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEposttest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

### Hipótesis 11. Depresión

$H_0$ = No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la depresión antes (pretest) y después (posttest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEposttest}$$

$H_1$ = Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la depresión antes (pretest) y después (posttest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEposttest}$$

•Prueba estadística: Prueba de rangos con signos de Wilcoxon

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

## 4. Diseño

El diseño de investigación es un elemento más de la metodología de la investigación científica, es tan importante como la definición del problema y la selección de instrumentos de observación.

En la presente investigación se llevó a cabo un *diseño pre-experimental de pre-prueba-post-prueba* con un solo grupo, en donde como lo menciona Hernández (1998), al grupo se le aplicó una prueba previa al estímulo o tratamiento; se dio el tratamiento cognitivo conductual y finalmente, se aplicó una prueba posterior a este, siendo el mismo de la pre-prueba.

Para la realización del estudio se utilizó la metodología de investigación explicativa. Se utilizó la distribución de frecuencia (f) que es un conjunto de puntuaciones ordenados en su respectiva categoría; también se presenta la frecuencia relativa que es el porcentaje (%) de casos en cada categoría.

Fórmula porcentaje

$$\% = (100) \frac{f}{N}$$

También se utilizó las medidas de tendencia central como la media y como medida de variabilidad o dispersión, la desviación estándar.

La media es la medida de tendencia central más utilizada y puede definirse como el promedio aritmético de una distribución, se simboliza  $\bar{X}$  y es la suma de todos los valores dividido por el número de casos.

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

Donde

$\bar{X}$  = la media

$\sum X$  = suma de todos los valores de los datos

N= Tamaño de la población muestral

La desviación estándar se interpreta como cuanto se desvía, el promedio, de la media un conjunto de puntuaciones.

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N}}$$

La investigación que se realizó es considerada también como un estudio de tipo comparativo, según Duverger (1981).

Se utilizó la *prueba t para muestras relacionadas* para comparar las medias de dos variables de un solo grupo. Esta situación se encuentra, por ejemplo, en los diseños apareados, diseños en los que los mismos individuos son observados antes y después de una determinada intervención o en los diseños en los que las muestras son emparejadas de acuerdo a una serie de variables para controlar su efecto (como por ejemplo en los diseños de casos y controles).

El procedimiento calcula las diferencias entre los valores de las dos variables de cada caso y contrasta si la media difiere de 0.

$$t = \frac{\bar{X}_D - \mu_0}{SD / \sqrt{n}}$$

Donde: D es la diferencia entre todos los pares tiene que ser calculada. Los pares se forman ya sea con resultados de una persona antes y después de la evaluación o entre pares de personas emparejadas en grupos de significancia

$\bar{X}_D$  es la Media (XD)

SD es la desviación estándar

Constante  $\mu_0$  es diferente de cero y

Los grados de libertad utilizados son  $n - 1$ .

## **Tamaño del efecto**

Para efecto de nuestro estudio, utilizamos la  $d$  de Cohen que es una medida muy difundida en la que el tamaño del efecto se calcula restando la media obtenida en el pretest menos la media del posttest y dividiendo el resultado entre la desviación típica de la población a la que pertenecen ambos grupos.

Se puede considerar que la  $d$  de Cohen representa el número de desviaciones típicas que separan a dos grupos. Por ejemplo, una  $d$  de 0,5 indica que la diferencia entre el grupo experimental y el grupo de control en la variable evaluada es de media desviación típica.

Cohen dio algunas referencias para interpretar la magnitud de los tamaños del efecto:

- $d = 0,20$ : tamaño del efecto pequeño.
- $d = 0,50$ : tamaño del efecto mediano.
- $d = 0,80$ : tamaño del efecto grande.

De acuerdo a Cárdenas (2014), el uso de pruebas de significación estadística es una estrategia que se encuentra muy arraigada en la investigación psicológica. Sin embargo, se han sobrevalorado las bondades de dichas pruebas al considerarlas como un indicador suficiente de la veracidad de una hipótesis, omitiendo la cuantificación de las diferencias encontradas.

Cualquier prueba de significación estadística que no vaya acompañada de un cálculo del tamaño del efecto carece de los parámetros necesarios para juzgar la importancia del hallazgo.

**Tamaño del efecto para dos muestras relacionadas (diferencia entre el pre-test y el post-test de la misma muestra)**

Cuando se trata de muestras relacionadas, se utiliza en el denominador la desviación típica del post-test; en estos casos se verifica la magnitud del cambio:

$$d = \frac{\bar{X}_{\text{post}} - \bar{X}_{\text{pre}}}{\sigma_{\text{post}}}$$

También es frecuente utilizar en el denominador la desviación típica combinada de antes y después; en cualquier caso conviene indicar qué desviación típica se ha utilizado.

### **t de Wilcoxon**

Este índice recurre a los rangos de las diferencias para datos apareados. Lo que hace es calcular la diferencia, dentro de cada caso, entre su puntuación en una ocasión y la siguiente. Después ordena las diferencias en términos absolutos y compara la media de rangos de las diferencias negativas o la media de las positivas.

Si  $d$  es la diferencia (en términos absolutos) entre las dos medias de rangos y  $n$  es el tamaño de la muestra, entonces un índice acotado en  $(0,1)$  es:  $I = 2d/(n+1)$ .

## **5. Variables**

### **5.1 Variable Independiente**

#### **5.1.1 Definición conceptual**

El programa Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena integra las prácticas de Mindfulness con la Terapia Cognitiva-Conductual. Desarrollado por los Drs. Williams, Teasdale y Segal para la prevención de recaídas en depresiones recurrentes, su ámbito de

aplicación ha evolucionado para impartirse a un rango mucho más amplio de personas y entornos (clínico, educativo, población general), al estar basado en la comprensión de los factores que causan malestar psicológico. La Terapia Cognitiva basada en Atención Plena se basa en el programa de reducción de estrés basado en Mindfulness (MBSR) que Jon Kabat-Zinn desarrolló en el centro médico de la Universidad de Massachusetts, para ayudar a las personas que sufrían dolor físico crónico y dolencias a largo plazo.

#### 5.1.2 Definición operacional

Se aplicó la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena durante de 8 sesiones, en las que se enseñó a meditar, en grupo y se revisaban las tareas para casa que se dejaban en cada sesión. La terapia tiene una estructura muy parecida al MBSR de Kabat-Zinn, pero añadiendo algunas técnicas y ejercicios de Terapia Cognitiva. Las sesiones de TCAP contienen varias técnicas repartidas entre las 8 semanas de duración del tratamiento, y por orden se van introduciendo a lo largo de las sesiones, acompañadas de explicaciones teóricas.

La intervención propuesta fue dada por medio de sesiones grupales con una duración de una hora y media, durante ocho semanas. Para el desarrollo de las sesiones de intervención, se solicitó al albergue un espacio amplio y adecuado además de un mobiliario de sillas y mesas en algunas sesiones, en este sentido el albergue facilitó el uso de un salón amplio y con las facilidades solicitadas.

El contenido de las sesiones están basados en el manual Mindfulness based Cognitive Therapy (Segal, Williams y Teasdale, 2002). En cada sesión se incluye el tema tratado en la sesión, una explicación detallada de cada uno de los ejercicios que se practican en

las sesiones, y una guía de las tareas semanales. En este tratamiento no se trabajan narrativas personales, ni contenidos cognitivos específicos. Al principio del tratamiento, la terapeuta comunicó que no se trataba de una terapia de grupo y que las intervenciones de las participantes debían estar dirigidas a las dificultades que experimentaban a la hora de practicar formalmente la meditación o a los aspectos cotidianos relacionados con la Atención Plena. El objetivo de las sesiones es que todos los conceptos se experimenten y se llevan a la práctica de la meditación, las sesiones son eminentemente experienciales (Gil, 2016).

El tiempo en cada sesión fue distribuido con espacios delimitados para:

- a) practicar distintas técnicas de meditación o yoga,
- b) comentar las dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo la práctica o las tareas para casa,
- c) explorar y comentar aspectos específicos de la Atención Plena,
- d) explorar y comentar aspectos específicos de los mecanismos psicológicos que conducen al sufrimiento como los automatismos, la rumiación, la preocupación o los juicios negativos,
- e) comentar las tareas.

En las primeras dos sesiones del tratamiento se introdujeron los conceptos básicos que se iban a trabajar a lo largo de las ocho semanas, como el de Atención Plena, o su opuesto “piloto automático”. Durante las siguientes sesiones se enseñaron las diferentes



técnicas que componen este tratamiento, y se insistió en trabajar las dificultades que aparecían en la realización de las tareas.

En detalle, el contenido de las sesiones fue el siguiente:

Sesión 1: Presentación y conceptos clave. En la primera sesión se describe el tratamiento a los pacientes, y se hacen las presentaciones pertinentes. Durante esta primera sesión se explican los conceptos claves que se seguirán utilizando el resto del programa. En esta sesión se hacen las primeras meditaciones grupales cortas, y se trabajan las primeras dificultades en la práctica, para luego pasar a la meditación en la contemplación de las sensaciones. Durante la sesión se insiste mucho en la importancia de la asistencia, en la importancia de la paciencia (no obsesionarse en la búsqueda del cambio) y sobretodo en la importancia de las tareas para casa, sobre todo la práctica diaria, autentico pilar sobre el que se asienta este tratamiento.

Sesión 2: Tratar con los obstáculos. En esta sesión se comentan en grupo las dificultades que han surgido durante la semana a la hora de realizar las tareas, sobretodo surgen dificultades en la realización de la práctica. Cada una de las dificultades que surgen en esta sesión se trabajan en grupo, y el terapeuta tiene una actitud no juzgadora, buscando la normalización de todas y cada una de las experiencias que suceden durante la práctica y promueve la aceptación de la experiencia a través de su actitud y sus devoluciones. En esta sesión se introduce un nuevo tipo de meditación, la meditación centrada en la respiración, esta meditación es complementaria a la contemplación de las sensaciones, pero va más dirigida a la auto-observación del fluir de los pensamientos.

Sesión 3: La respiración. Entrenar el llevar la atención a la respiración en momentos de malestar, estrés o sufrimiento psicológico, es uno de los principales objetivos del tratamiento. El papel que se le da a llevar la atención en la respiración es como un anclaje que hace volver al momento presente, lo que permite salir un momento y tomar perspectiva. En esta sesión se insiste en el papel que tiene el llevar la atención a la respiración para calmar la mente.

Sesión 4: Estar en el presente. En esta sesión se amplía la función que tiene el llevar la atención a la respiración, llevándola al cuerpo. El cuerpo es el lugar donde suceden las experiencias y tener una buena conexión con éste, facilita la capacidad de observar las experiencias. Se introduce el concepto rumiación y los mecanismos de su funcionamiento. La rumiación es la consecuencia de la negación de la experiencia que se está viviendo. Se insiste en el potencial de esta forma de enfrentarse al sufrimiento y como es la principal causa de su mantenimiento.

Sesión 5: Aceptación. En esta sesión se proponen las bases que hay detrás de la aceptación incondicional de la experiencia. Hay dos formas de reaccionar ante un pensamiento, sentimiento o sensación corporal. Si nos gusta o es agradable queremos que se mantenga y no se vaya nunca, y si no nos gusta, porque es doloroso, incómodo o poco placentero no la aceptamos y pretendemos que desaparezca, tendemos a contraernos, irritarnos o disgustarnos. Estas respuestas son lo contrario de aceptar. Aceptar la experiencia significa permitir que suceda lo que sea que esté pasando, sin juzgarlo, en lugar de intentar alcanzar otro estado. Aceptar es un primer paso, que permite ser plenamente consciente de las dificultades. La aceptación lleva poder responder con las

herramientas adecuadas, y afrontar de forma efectiva los momentos de sufrimiento, en lugar de responder con una acción refleja. Este tipo de acciones reflejas funcionan controladas por automatismos que activan viejas estrategias que se ha demostrado no han sido suficientemente útiles.

Sesión 6: Pensamientos conectados con estados de ánimo. En esta sesión se comenta el papel que tienen los pensamientos sobre lo que se hace o lo que se siente. A menudo estos pensamientos se activan de forma automática. Por tanto, el hecho de aumentar la capacidad de darse cuenta de los pensamientos y las imágenes que pasan por la mente, aumenta la capacidad de poder dejarlos pasar. Los pensamientos son solo sucesos mentales, no son hechos ni descripciones de la realidad, y están más conectados con los estados de ánimo que con lo que sucede realmente. La consecuencia directa de la práctica diaria de meditación es la liberación de la tiranía del pensamiento. Reflexionar y comentar sobre un conflicto o una confrontación que hayan tenido en la que se hayan sentido criticados/as, y deben preguntarse qué es lo que están sintiendo y darle un nombre a las sensaciones corporales.

Sesión 7: ¿Cómo puedo cuidarme mejor a mí mismo? En esta sesión del tratamiento se trabajan las habilidades de afrontamiento, una vez ha aumentado la capacidad de darse cuenta de los estados mentales en los que uno/a está y de aceptarlos, también aumenta la capacidad de cambiarlos, o al menos reducir la intensidad. Por tanto en esta sesión se reflexiona sobre las formas de reaccionar tradicionales a los estados de sufrimiento psicológico y de cómo sustituirlas por otras formas más efectivas.

Sesión 8: Atención Plena en la vida cotidiana. En esta última sesión se hace un resumen sobre todo lo trabajado a lo largo del tratamiento haciendo especial hincapié en el llevar las habilidades aprendidas a la vida cotidiana. Se comentan algunas técnicas y/o consejos para mantener la práctica a pesar de que terminan los grupos y ya no hay que hacer tareas. Se insiste en la importancia de continuar la práctica, tanto la formal (meditación sentados/as) como la informal (llevar la atención a las sensaciones corporales o a la respiración, estar el presente) para profundizar y mantener las habilidades aprendidas.

## 5.2 Variable Dependiente

### 5.2.1 Definición conceptual:

La regulación emocional es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas, etc. (Bizquerra, 2015)

### 5.2.2 Definición operacional

Operacionalizamos la variable regulación emocional por medio de cuatro instrumentos de medición: la “Escala rasgo de metaconocimiento emocional-24”. (TMMS-24) versión en español adaptada al castellano por Fernández-Berrocal en 2004. También se utilizó la "Escala de dificultades en la regulación emocional" (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS; Gratz y Roemer, 2004), adaptada al español por Hervas y Jodar (2008). Además se aplicaron los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

A continuación se describe de forma breve cada instrumento utilizado en la investigación.

1. La “Escala rasgo de metaconocimiento emocional-24” (TMMS-24) está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 consta de veinticuatro ítems, y en cada una de ellas encontramos cinco opciones de distinto nivel de conformidad con ese ítem. No se trata de este modo, de un test donde hay preguntas correctas o incorrectas o buenas ni malas sino de contestar conforme a las preferencias de cada individuo. Lo que sí se pide es sinceridad y agilidad a la hora de contestar a cada una de las preguntas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Regulación emocional.

1. Percepción emocional, cuando el individuo es capaz de sentir y expresar los sentimientos en una forma adecuada.
2. Comprensión de sentimientos, se da cuando el individuo conoce bien sus propios estados emocionales.
3. Regulación emocional, cuando una persona es capaz de regular sus estados emocionales correctamente.

La versión clásica contiene 48 ítems aunque hay versiones reducidas de 30 y de 24

ítems (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995, adaptación al castellano por Fernández-Berrocal, Alcaide, Domínguez, Fernández-McNally, Ramos y Ravira, 1998).

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, se suman los ítems del 1 al 8 para el factor atención emocional, los ítems del 9 al 16 para el factor claridad emocional y del 17 al 24 para el factor regulación de las emociones.

Tras haber sumado estos ocho ítems dentro de cada grupo, se mira en la tabla correspondiente los resultados, sin olvidar diferenciar si el realizador del test es hombre o mujer. Cabe destacar en este tipo de test, que los resultados obtenidos siempre dependen su veracidad y confianza, de lo sincera que haya sido cada persona al responderlos.

Referencias para la calificación:

1. Atención emocional

24 o menos puntos: poca atención

Entre 25 y 35 puntos: atención adecuada

36 o más puntos: demasiada atención

2. Claridad emocional

23 o menos puntos: debe mejorar claridad

Entre 24 a 34 puntos: adecuada claridad

35 puntos o más: excelente claridad

### 3. Regulación o reparación emocional

23 puntos o menos: debe mejorar la regulación

Entre 24 a 34 puntos: adecuada regulación

35 puntos o más: excelente regulación

2. La "Escala de dificultades en la regulación emocional" (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS; Gratz y Roemer, 2004), adaptada al español por Hervas y Jodar (2008). Esta escala evalúa diferentes aspectos de la regulación emocional, concretamente las dificultades funcionales y el déficit que pueden presentarse durante el procesamiento emocional de una situación. La versión española, a diferencia de la original, está compuesta por cinco y no seis, sub-escalas:

- 1) Desatención emocional (incapacidad para atender y reconocer las emociones),
- 2) Confusión emocional (dificultad para clarificar y comprender las emociones),
- 3) Rechazo emocional (tendencia a rechazar las experiencias emocionales negativas o de malestar, generando una respuesta emocional secundaria también negativa),
- 4) Interferencia cotidiana (incapacidad para descentrar la atención de las emociones negativas y dirigir el comportamiento hacia otras metas) y
- 5) Descontrol emocional (incapacidad para manejar las emociones negativas y utilizar estrategias de regulación emocional que se perciban como eficaces).

La versión española de la DERS está formada por 28 items con cinco opciones de respuesta en una escala Likert (desde 1= "Casi nunca/0-10% de las veces" hasta 5= "Casi siempre/90-100% de las veces"). Las puntuaciones más altas indican que hay dificultades en la regulación emocional.

Estas 5 subescalas se pueden agrupar en dos bloques para una mejor interpretación: desregulación emocional y procesos de regulación emocional. Las dos últimas subescalas pueden ser considerados como dos índices generales de desregulación emocional, el primero –Descontrol emocional– sobre la incapacidad percibida para manejar las emociones, y el segundo –Interferencia emocional– sobre el modo en que dicha incapacidad afecta a tareas cotidianas. Por otra parte, las tres primeras se refieren a procesos de regulación que pueden no estar funcionando de forma adecuada y ser causa de la desregulación emocional general (Desatención, Confusión y Rechazo emocional).

De especial interés es esta última subescala, el Rechazo emocional, que evalúa la tendencia de la persona a juzgar de forma negativa su propia experiencia emocional y por tanto a reaccionar con vergüenza o con malestar ante sus propias emociones (se podría decir, que evalúa el polo opuesto a la aceptación emocional). Recientes investigaciones coinciden en que una actitud de rechazo o de falta de aceptación ante las emociones puede ser un obstáculo importante en la regulación emocional. De hecho, de las tres subescalas que evalúan procesos que intervienen en la regulación emocional (Desatención, Confusión y Rechazo emocional), es la subescala de Rechazo emocional la que muestra correlaciones más altas con el Descontrol y con la Interferencia emocional (Hervas & Jodar, 2008).

3. Inventario de Ansiedad de Beck: es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada. Puede aplicarse a



personas pertenecientes a poblaciones clínicas, y también a la población general, adultas y adolescentes (de 13 años de edad o más). La puntuación para esta prueba es la suma de las respuestas a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos. La principal estrategia para interpretar una puntuación consiste en su comparación con los 3 puntos de corte que el Manual ofrece y en la obtención de la categoría de gravedad (“Mínima”, “Leve”, “Moderada” y “Grave”) que le corresponde. Utilizamos esta escala pues como mencionamos en el primer capítulo, problemas en la regulación emocional estarían relacionados con la presencia de síntomas de ansiedad.

4. Inventario de Depresión de Beck-II: el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad. En este estudio utilizamos este inventario pues como se dijo en el capítulo primero, problemas en la regulación emocional podrían relacionarse con sintomatología depresiva.

Para la calificación se suman los puntos a cada ítem, de acuerdo a la sumatoria de los

puntos se establece el rango de puntuación y el nivel de depresión que tiene el sujeto. El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico. El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

## 6. Población y muestra

### 6.1 Población

La población objetivo estuvo compuesta por adolescentes institucionalizados, es decir, ubicados por una entidad gubernamental en una institución de protección. En nuestro caso específico se trata de adolescentes femeninas del Hogar Metro Amigos. Este albergue está ubicado en el corregimiento de Tocumen, cerca del aeropuerto internacional Marcos A. Gelaberd, provincia de Panamá. Esta institución tiene capacidad para albergar a cincuenta (50) NNA (niños, niñas, adolescentes). Recibe población en riesgo social en edades de 0 hasta los 17 años, ya sean masculino o femenino. El personal encargado de este albergue está encabezado por el Director Licdo. Roberto Charles, dos psicólogos y tres trabajadoras sociales, una secretaria administrativa, 35 madres sustitutas, ocho cocineros y dos aseadores.

La población objetivo, procede de diferentes áreas del país como, Curundú, Tocumen, Arraiján, Chorrillo, entre otras, es decir provienen de diferentes áreas vulnerables del distrito de Panamá.

El universo de estudio en nuestra investigación estaba conformado por todos los NNA albergados en el Hogar Metro Amigos, sin embargo elegimos sólo una parte de éstos menores institucionalizados para nuestra investigación. Para efectos de la selección de la muestra, la obtuvimos mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, esto debido a que se trata de una población cautiva y de fácil acceso. Se solicitó al director del Hogar Metro Amigos los expedientes de la población albergada y de esta manera se obtuvieron los sujetos requeridos para conformar la muestra. El tamaño de la muestra sería inicialmente de 12 participantes, en edades desde los 15 hasta los 17 años, sin embargo tres adolescentes serían entregadas a sus familiares por lo que la muestra final estuvo conformada por 9 adolescentes.

Para seleccionar la muestra tomamos en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Albergadas en el Hogar Metro Amigo
- Cursando la educación básica general
- Rango de edad entre los 15 y 17 años de edad
- Presencia de síntomas depresivos y/o ansiosos
- Sexo femenino
- Haber pasado por situación de riesgo social.

En cuanto a los criterios de exclusión para seleccionar la muestra tuvimos los siguientes:

- Presencia de algún trastorno mental.
- Adolescentes menores de 15 años y mayores de 17 años de edad.
- Adolescentes varones.
- Adolescentes extranjeras.

## 7. Modelo de Análisis Estadístico

El tratamiento estadístico que se empleo fue el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS-V23) para la obtención de los resultados, así como la aplicación de la T de Student para muestras relacionadas la cual Sampieri, (1991) define como: prueba estadística que sirve para evaluar si dos muestras difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

Se trabajó con un nivel de significancia de 0.05 con un intervalo de confianza del 95%. La prueba de hipótesis sostiene que si el valor calculado es igual o mayor al que aparece en la tabla se acepta la hipótesis de investigación, pero si es menor se acepta la hipótesis nula. (Sampieri, 1991). Debido a la dependencia del tamaño muestral de los valores p, se calculó el tamaño del efecto (d de Cohen) para la comparación principal del estudio utilizando el programa en línea easycalculation.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Los resultados que presentamos en este apartado se basan en los puntajes obtenidos en las mediciones pre y post tratamiento, recordemos que se utilizaron 4 inventarios distintos; Inventario de Depresión de Beck II, Inventario de Ansiedad de Beck, Escala Rasgo de metaconocimiento emocional (TMMS-24) y la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS-E).

En el caso de los inventarios de Beck, tanto el de depresión como el de ansiedad, los puntajes obtenidos se han sumado para obtener los puntajes totales y realizar la interpretación. En el caso de la Escala TMMS- 24, así como la DERS-E, se han sumado las puntuaciones de los ítems que conforman cada escala y se ha realizado el análisis estadístico para cada una de ellas, recordemos que las mismas no arrojan un total sino totales por cada subescala.

Inicialmente el programa de tratamiento estuvo compuesto por doce adolescentes, sin embargo, sólo nueve culminaron el mismo, debido a que tres de ellas se le restituyó el derecho a la convivencia familiar. Se presentan los resultados pre-test y post-test de estas ocho pacientes; para proteger su identidad se identifican como sujeto 1, 2, 3, 4, 5,6, 7, 8 y 9.

## RESULTADOS EN LA ESCALA DE RASGO DE METACONOCIMIENTO EMOCIONAL-24 (TMMS-24)

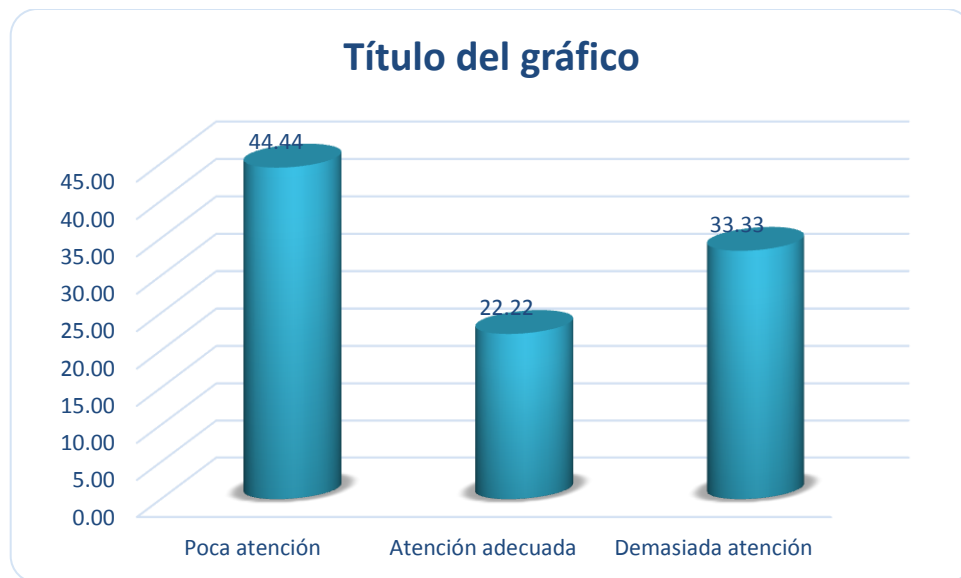
Tabla 1 *Resultados en el Pretest del Grado de Atención Emocional de las adolescentes del Hogar Metro Amigos*

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Poca atención	4	44.44
Atención adecuada	2	22.22
Demasiada atención	3	33.33
Total	9	100.0

El análisis de la Tabla 1 y Gráfica. 1 nos indica que el 44.44% de las adolescentes evidencian presentar dificultades en cuanto a la atención emocional, es decir identificar y reconocer tanto los propios sentimientos como los de aquellos que los rodea.

El 22,22% de las adolescentes registran una adecuada atención emocional: identifican convenientemente sus propias emociones, los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas de estas. Comprenden también las emociones de otros.

El 33.33% de las adolescentes presentan dificultades en su atención emocional ya que presta demasiada atención.



**Gráfica 1.** Grado de Atención Emocional en el Pretest de la Escala de rasgo de metacognición emocional-24 de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

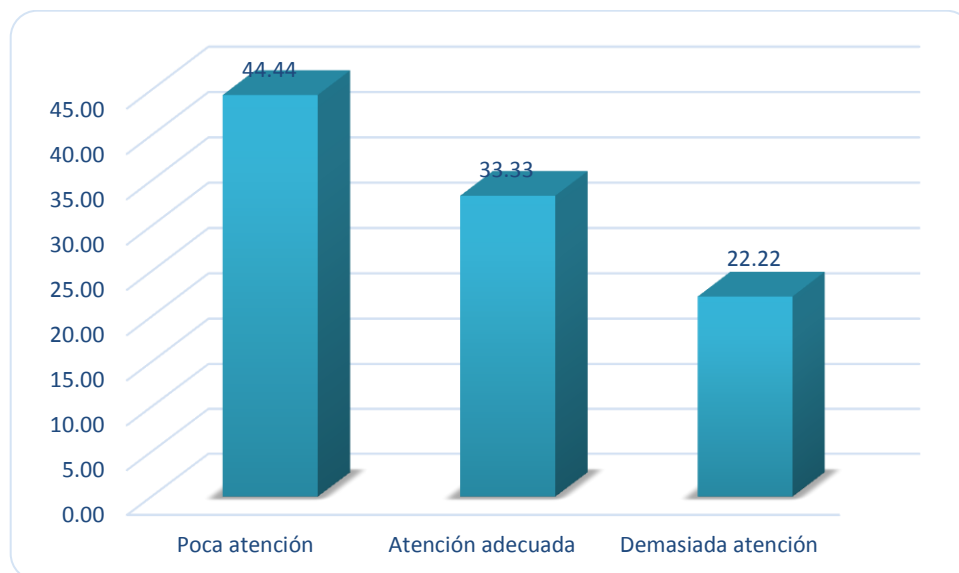
**Tabla 2** Resultados en el Postest del Grado de Atención Emocional de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Poca atención	4	44.44
Atención adecuada	3	33.33
Demasiada atención	2	22.22
Total	9	100.0

El análisis de la Tabla 2 y Gráfica 2 nos indica que el 44.44% de las adolescentes evidencian presentar dificultades en cuanto a la atención emocional, es decir identificar y reconocer tanto los propios sentimientos como los de aquellos que les rodean.

El 33.33% de las adolescentes registran una adecuada atención emocional: identifican convenientemente sus propias emociones, los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas de estas. Comprenden también las emociones de otros.

El 22.22% de las adolescentes presentan dificultades en su atención emocional ya que prestan demasiada atención.



**Gráfica 2:** Grado de Atención Emocional en el Postest de la Escala de rasgo de metaconocimiento emocional-24 de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

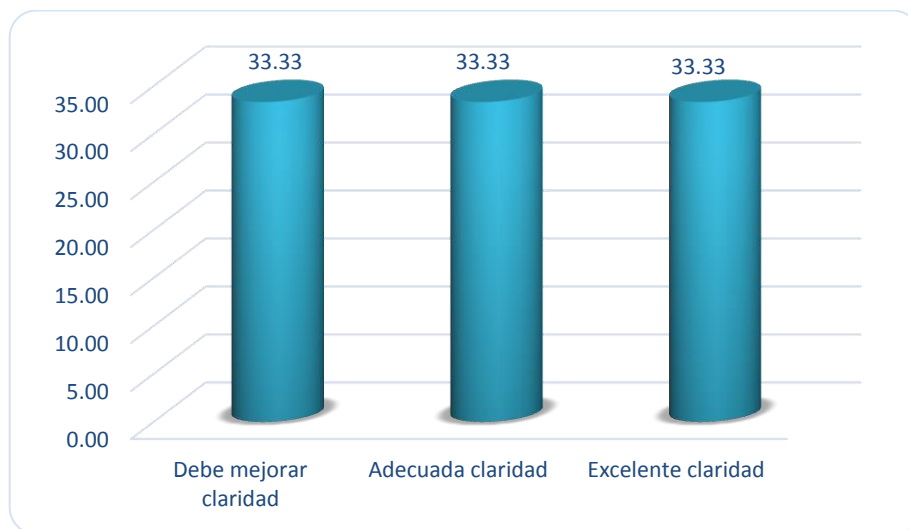


**Tabla 3**

Resultados en el Pretest del Grado de Claridad Emocional de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Claridad	Frecuencia	Porcentaje
Debe mejorar claridad	3	33.33
Adecuada claridad	3	33.33
Excelente claridad	3	33.33
Total	9	100.0

La Tabla 3 y Gráfica 3 nos indica que cerca del 33.33% de las adolescentes evidencian que deben mejorar su Claridad emocional, es decir presentan dificultad para desglosar el repertorio de señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos. Otro 33.33% las adolescentes registran una adecuada claridad emocional es decir, poseen la habilidad para comprender señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos. Además, anticipar las causas generadoras del estado anímico y las futuras consecuencias de las acciones. También un 33.33% de las adolescentes presenta una excelente comprensión emocional que les permite comprender señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos. Además, anticipar las causas generadoras del estado anímico y las futuras consecuencias de las acciones, lo cual es útil para la toma de decisiones en cualquier área de su vida incluyendo las relacionadas con su desempeño académico

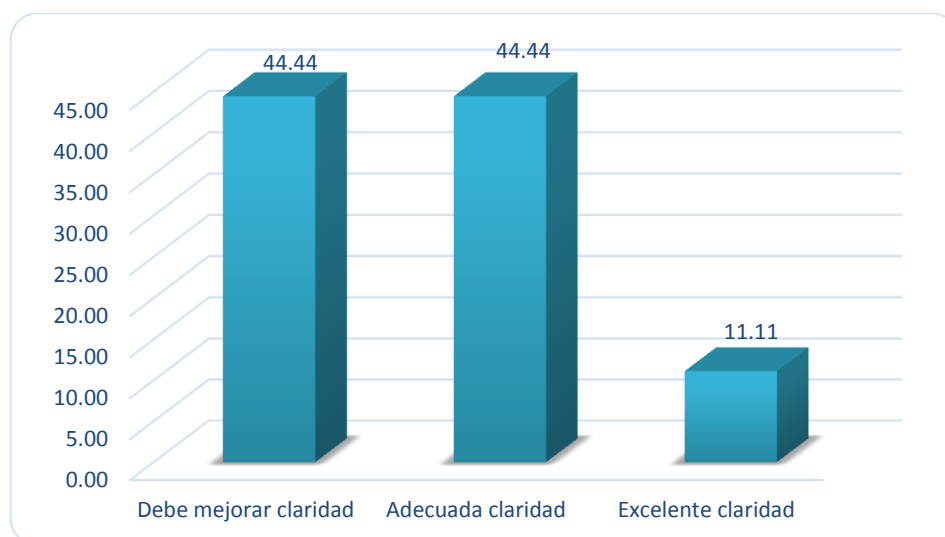


**Gráfica 3.** Grado de Claridad Emocional en el Pretest de la Escala de rasgo de metaconocimiento emocional-24 de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

**Tabla 4** Resultados en el Postest del Grado de Claridad Emocional de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Claridad	Frecuencia	Porcentaje
Debe mejorar claridad	4	44.44
Adecuada claridad	4	44.44
Excelente claridad	1	11.11
Total	9	100.0

Observamos en la Tabla 4 y Gráfica 4 que cerca del 44.44% de los estudiantes evidencian que deben mejorar su Claridad emocional, es decir presentan dificultad para desglosar el repertorio de señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos. Otro 44.44% las adolescentes registran una adecuada claridad emocional es decir, poseen la habilidad para comprender señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos. Además, anticipar las causas generadoras del estado anímico y las futuras consecuencias de las acciones. El 11.11% de las adolescentes presenta una excelente comprensión emocional que les permite comprender señales emocionales, etiquetar las emociones y reconocer en qué categorías se agrupan los sentimientos. Además, anticipar las causas generadoras del estado anímico y las futuras consecuencias de las acciones, lo cual es útil para la toma de decisiones en cualquier área de su vida incluyendo las relacionadas con su desempeño académico.



**Gráfica4.** Grado de Claridad Emocional en el Postest de la Escala de rasgo de metaconocimiento emocional-24 de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

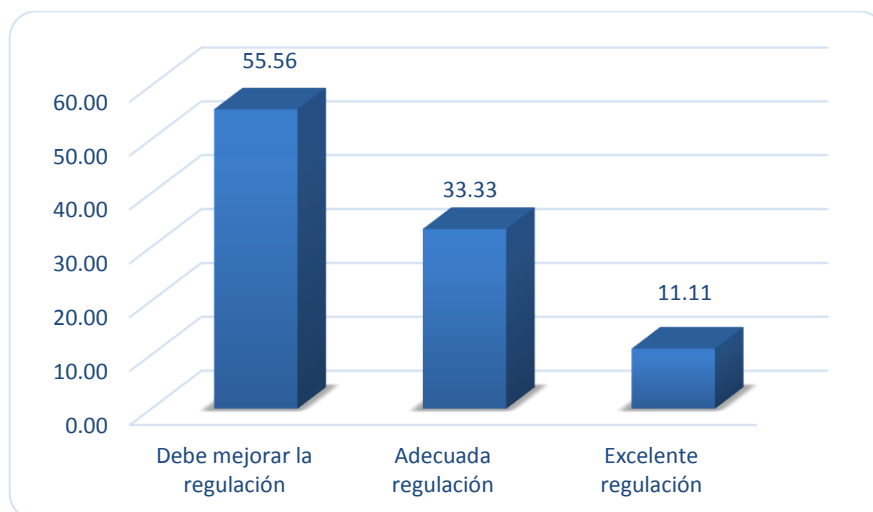
**Tabla 5** Resultados en el Pretest del Grado de Regulación Emocional de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Regulación	Frecuencia	Porcentaje
Debe mejorar la regulación	5	55.56
Adecuada regulación	3	33.33
Excelente regulación	1	11.11
Total	9	100.0

En la tabla 5 y gráfica 5 se observa que cerca del 55.56% de las adolescentes deben mejorar su regulación emocional, es decir que presentan dificultad para regular las emociones propias y ajenas, moderando las emociones negativas e intensificando las positivas.

El 33.33% de las adolescente registran una adecuada regulación emocional es decir, poseen la capacidad para regular las emociones de los demás, poniendo en práctica diversas estrategias de regulación emocional que modifican tanto los sentimientos propios como los de los demás.

El 11.11% de las adolescentes presentan una excelente regulación emocional en el plano intrapersonal e interpersonal.



**Gráfica5.** Grado de Regulación Emocional en el Pretest de la Escala de rasgo de metaconocimiento emocional-24 de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

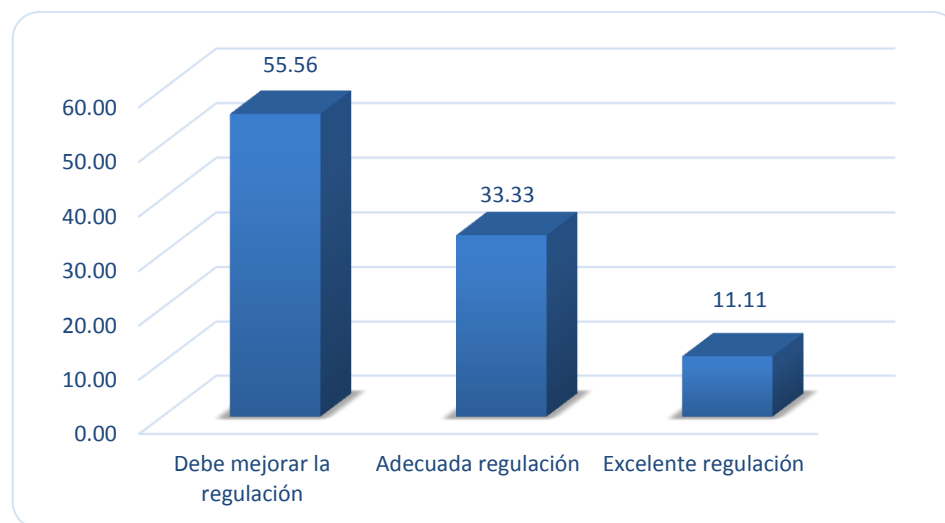
**Tabla 6** Resultados en el Posttest del Grado de Regulación Emocional de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Regulación	Frecuencia	Porcentaje
Debe mejorar la regulación	5	55.56
Adecuada regulación	3	33.33
Excelente regulación	1	11.11
Total	9	100.0

Observamos en la Tabla 6 y Gráfica 6, que el 55.56% de las adolescente deben mejorar su regulación emocional, es decir que presentan dificultad para regular las emociones propias y ajenas, moderando las emociones negativas e intensificando las positivas.

El 33.33% de las adolescente registran una adecuada regulación emocional es decir, poseen la capacidad para regular las emociones de los demás, poniendo en práctica diversas estrategias de regulación emocional que modifican tanto los sentimientos propios como los de los demás.

El 11.11% de las adolescentes presentan una excelente regulación emocional en el plano intrapersonal e interpersonal.



**Gráfica 6.** Grado de Regulación Emocional en el Posttest de la Escala de rasgo de metaconocimiento emocional-24 de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

## RESULTADOS EN LA ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

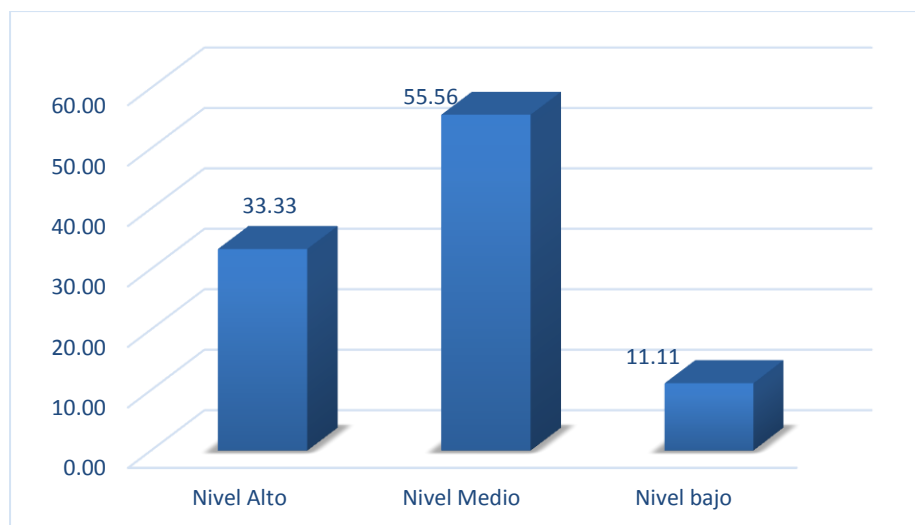
**Tabla 7**

*Resultados en el Pretest en la Sub escala Atención- Desatención de las adolescentes del Hogar Metro Amigos*

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	3	33.33
Nivel Medio	5	55.56
Nivel Bajo	1	11.11
Total	9	100.0

La sub escala Atención-Desatención tiene en cuenta los aspectos relacionados con la conciencia, aceptación y reconocimiento emocional.

El análisis de la Tabla 7 y Gráfica 7 nos indica que el 55.56% de las adolescentes evidencian presentar niveles medios de dificultades en cuanto a la atención emocional. También se presenta un 33.33% que manifiestan un alto nivel de dificultades en cuanto a la atención emocional y el 11.11% presenta niveles bajo en esta subescala.



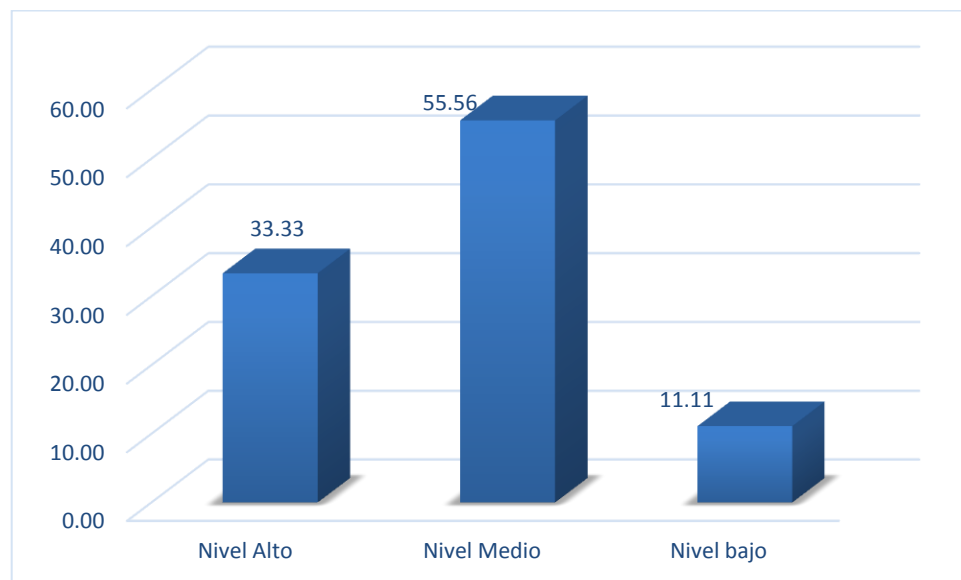
**Gráfica 7.** Resultados en el Pretest de la Sub escala Atención- Desatención de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

**Tabla 8** Resultados en el Postest en la Sub escala Atención- Desatención de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	3	33.33
Nivel Medio	5	55.56
Nivel Bajo	1	11.11
Total	9	100.0

La subescala de Atención-Desatención tiene en cuenta los aspectos relacionados con la conciencia, aceptación y reconocimiento emocional.

El análisis de la Tabla 8 y Gráfica 8 nos indica que el 55.56% de las adolescentes evidencian presentar niveles medios de dificultades en cuanto a la atención emocional. También se presenta un 33.33% que manifiestan de niveles altos dificultades en cuanto a la atención emocional y el 11.11% presenta niveles bajo en esta subescala.



**Gráfica 8.** Resultados en el Postest de la Sub escala Atención-Desatención de las adolescentes del Hogar Metro Amigo

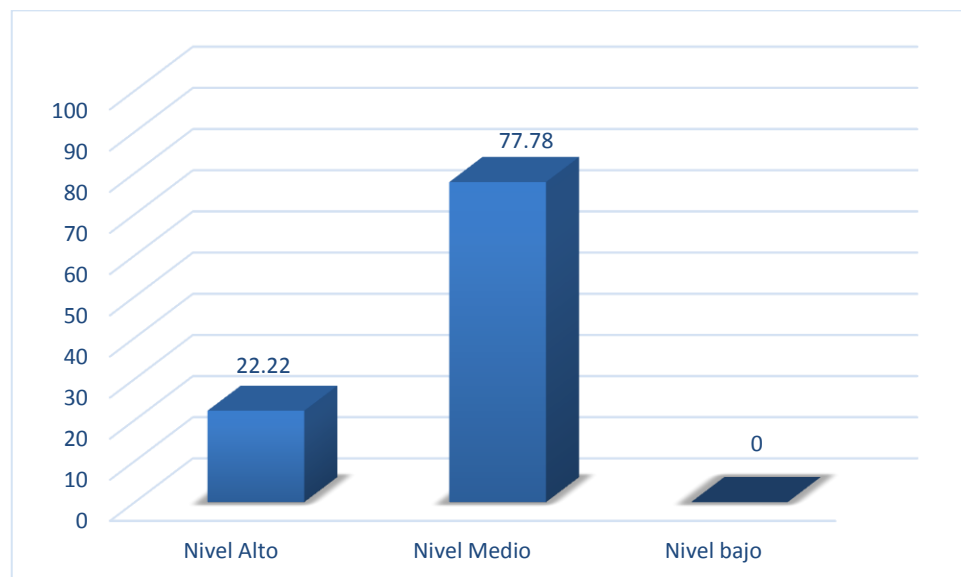
**Tabla 9** Resultados en el Pretest en la Sub escala Claridad - Confusión de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	2	22.22
Nivel Medio	7	77.78
Nivel Bajo	0	0.00
Total	9	100.0

La subescala Claridad-Confusión mide la claridad emocional, el éxito o no de percibir e identificar emociones.

En esta tabla 9 y gráfica 9, observamos que el 77.78% de las adolescente presentan un nivel medio de dificultades en cuanto a la claridad emocional.

El 22.22% presentó niveles alto de dificultades en cuanto a la claridad emocional. No se presentaron niveles bajos en esta subescala.



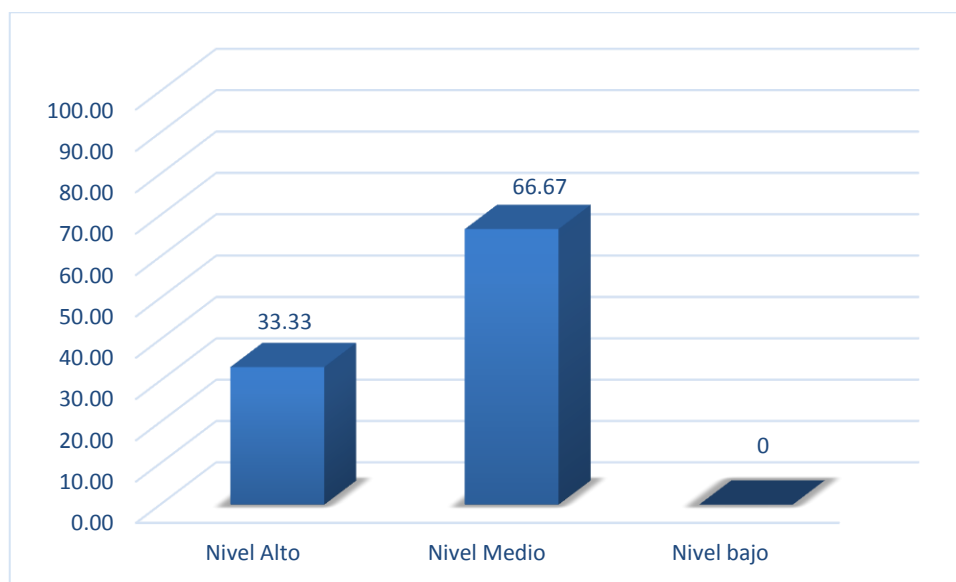
**Gráfica 9.** Resultados en el Pretest en la Sub escala Claridad - Confusión de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

**Tabla 10** Resultados en el Postest en la Sub escala Claridad - Confusión de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	2	33.33
Nivel Medio	7	66.67
Nivel Bajo	0	0.00
Total	9	100.0

En esta tabla 10 y gráfica 10, observamos que el 66.67% de las adolescente presentan un nivel medio de dificultades en cuanto a la claridad emocional.

El 33.33% presentó niveles alto de dificultades en cuanto a la claridad emocional. No se presentaron niveles bajos en esta subescala.



**Gráfica10.** Resultados en el Postest en la Sub escala Claridad - Confusión de las adolescentes del Hogar Metro Amigos



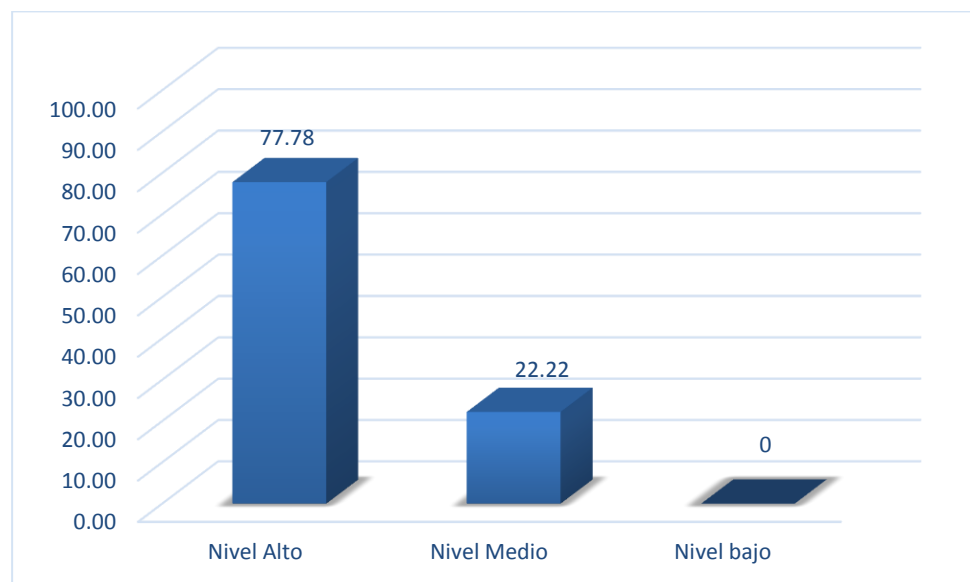
**Tabla 11** Resultados en el Pretest en la Sub escala Aceptación-Rechazo de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	2	22.22
Nivel Medio	7	77.78
Nivel Bajo	0	0.00
Total	9	100.0

La subescala Aceptación-Rechazo nos habla de la aceptación de las respuestas emocionales, de la capacidad para asumirlas y de que éstas generen o no sentimientos negativos hacia uno mismo.

En esta tabla 11 y gráfica 11, observamos que el 77.78% de las adolescentes presentan un nivel alto de dificultades en cuanto a la aceptación emocional.

El 22.22% presentó niveles medio de dificultades en cuanto a la aceptación emocional. No se presentaron niveles bajos en esta subescala.



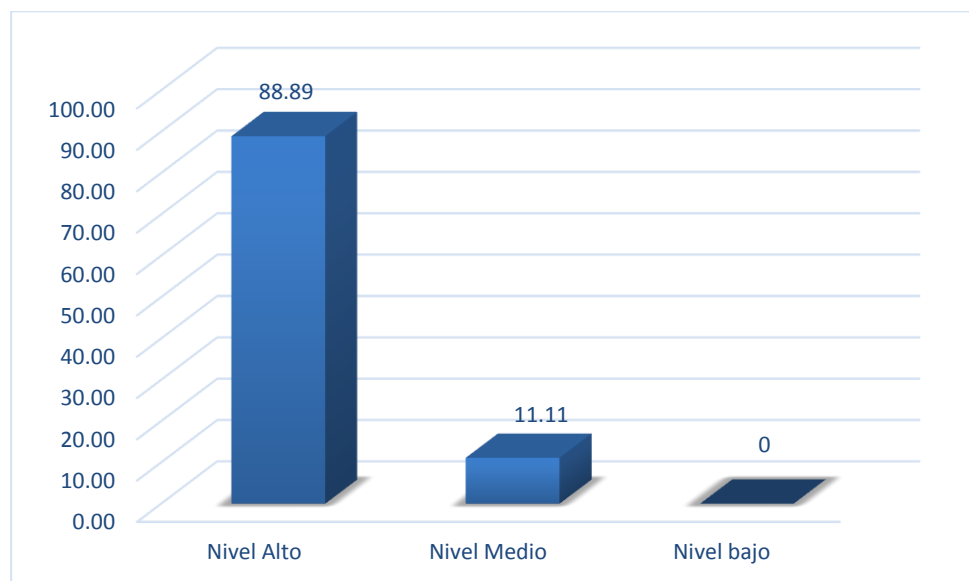
**Gráfica 11.** Resultados en el Pretest en la Sub escala Aceptación-Rechazo de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

**Tabla 12** Resultados en el Postest en la Sub escala Aceptación-Rechazo de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	8	11.11
Nivel Medio	1	88.89
Nivel Bajo	0	0.00
Total	9	100.0

En esta tabla 12 y gráfica 12, observamos que el 88.89% de las adolescentes presentan un nivel alto de dificultades en cuanto a la aceptación emocional.

El 11.11% presentó un nivel medio de dificultades en cuanto a la aceptación emocional. No se presentaron niveles bajos en esta subescala.



**Gráfica 12.** Resultados en el Postest en la Sub escala Aceptación-Rechazo de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

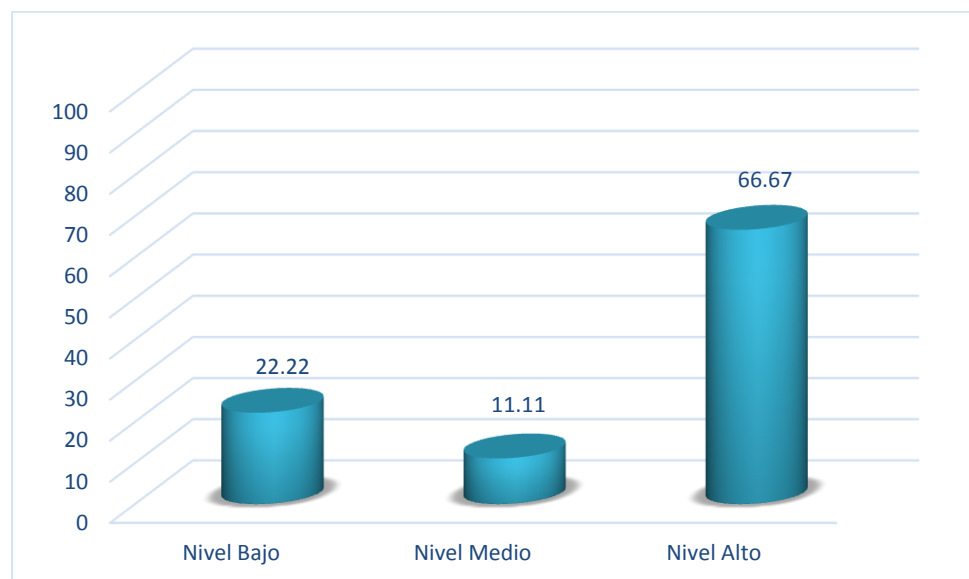
**Tabla 13** Resultados en el Pretest en la Sub escala Funcionamiento-Interferencia de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	6	66.67
Nivel Medio	1	11.11
Nivel Bajo	2	22.22
Total	9	100.0

La escala Funcionamiento-Interferencia que mide la dificultad o facilidad para actuar de acuerdo con los objetivos deseables en la vida cotidiana.

En esta tabla 13 y gráfica 13 observamos que el 66.67% de las adolescente presentan un nivel alto de dificultades en cuanto al acceso a estrategias de regulación emocional.

El 11.11% presentó niveles medio de dificultades y un 22.22% presentaron niveles bajos de dificultad en esta subescala.



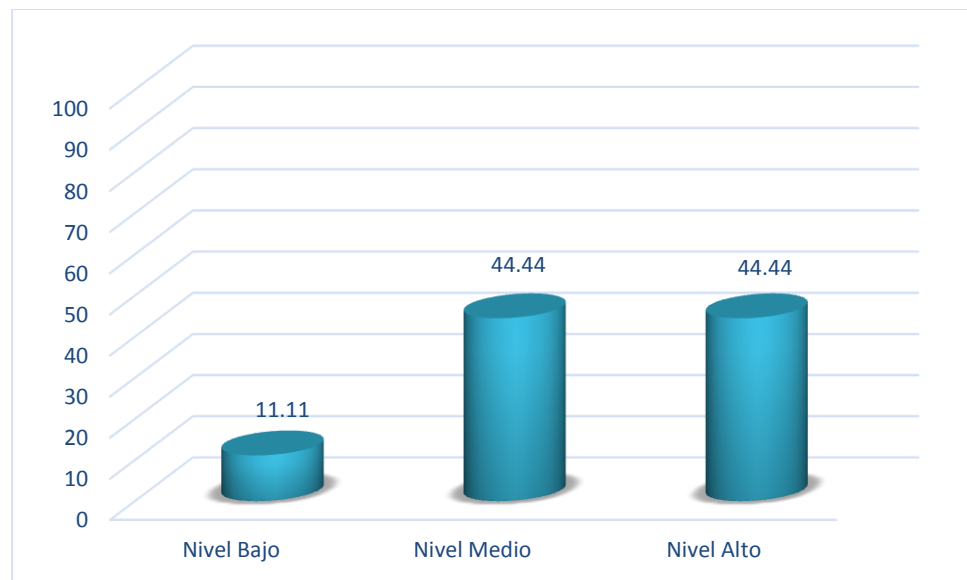
**Gráfica 13.** Resultados en el Pretest en la Sub escala Funcionamiento-Interferencia de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

**Tabla 14** Resultados en el Postest en la Sub escala Funcionamiento-Interferencia de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	4	44.44
Nivel Medio	4	44.44
Nivel Bajo	1	11.11
Total	9	100.0

En esta tabla 14 y gráfica 14, observamos que el 44.44% de las adolescente presentan un nivel alto de dificultades en cuanto al acceso a estrategias de regulación emocional.

El 44.44% presentó niveles medio de dificultades y un 11.11% presentaron niveles bajos de dificultad en esta subescala.



**Gráfica 14.** Resultados en el Postest en la Sub escala Funcionamiento-Interferencia de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

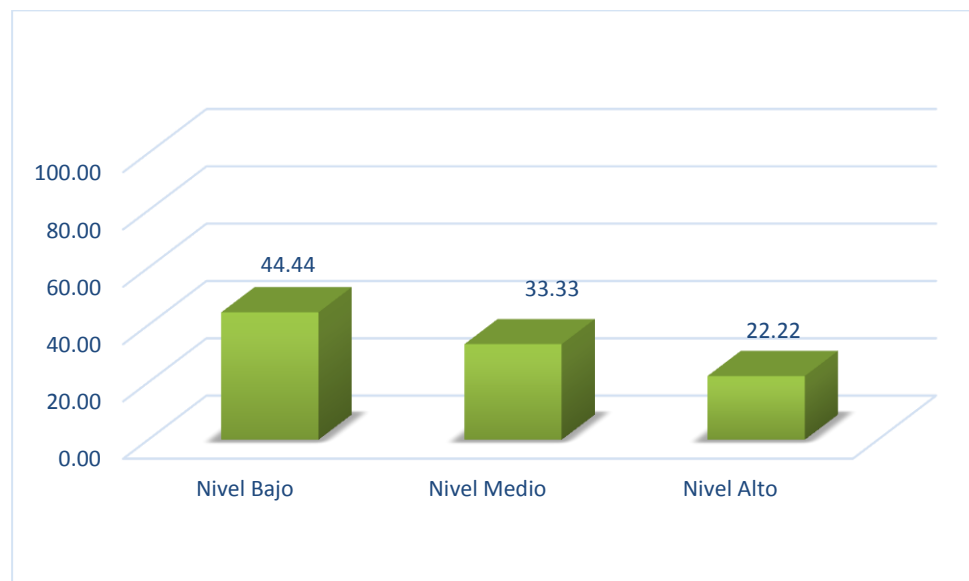
**Tabla 15** Resultados en el Pretest en la Sub escala Regulación-Descontrol de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Alto	2	22.22
Nivel Medio	3	33.33
Nivel Bajo	4	44.44
Total	9	100.0

Los ítems de Regulación-Descontrol evalúan la dificultad o facilidad en el control de impulsos y en el acceso a estrategias de regulación.

En esta tabla 15 y gráfica 15, observamos que el 44.44% de las adolescente presentan un nivel bajo de dificultades en cuanto al acceso a la regulación emocional.

El 33.33% presentó niveles medios de dificultades y un 22.22% presentó niveles altos de dificultad en esta subescala.



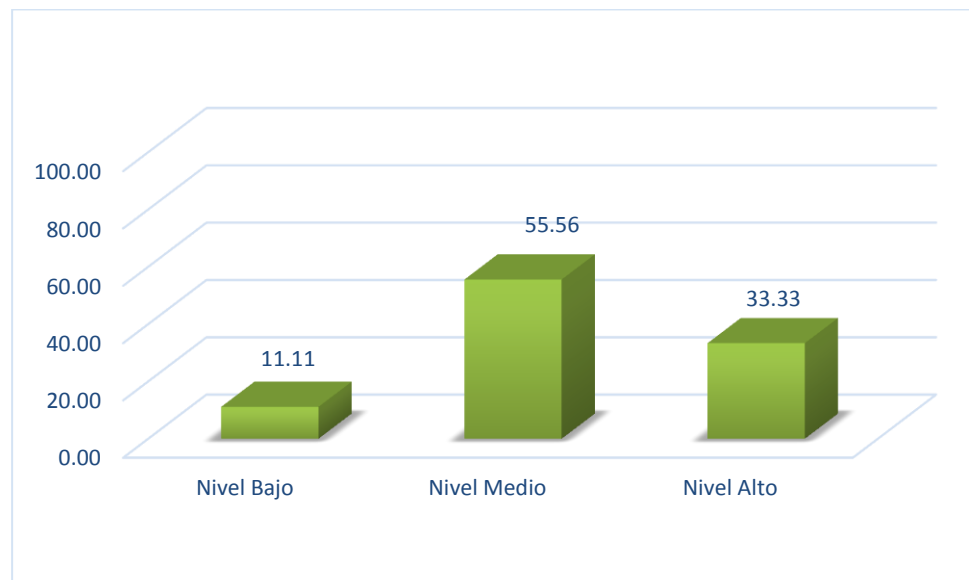
**Gráfica15.** Resultados en el Pretest en la Sub escala Regulación-Descontrol de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

**Tabla 16** Resultados en el Postest en la Sub escala Regulación-Descontrol de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Atención	Frecuencia	Porcentaje
<b>Nivel Alto</b>	3	33.33
<b>Nivel Medio</b>	5	55.56
<b>Nivel bajo</b>	1	11.11
<b>Total</b>	9	100.0

En esta tabla 16 y gráfica 16, observamos que el 55.56% de las adolescente presentan un nivel medio de dificultades en cuanto al acceso a la regulación emocional.

El 33.33% presentó niveles alto de dificultades y un 11.11% se presentaron niveles bajos de dificultad en esta subescala.



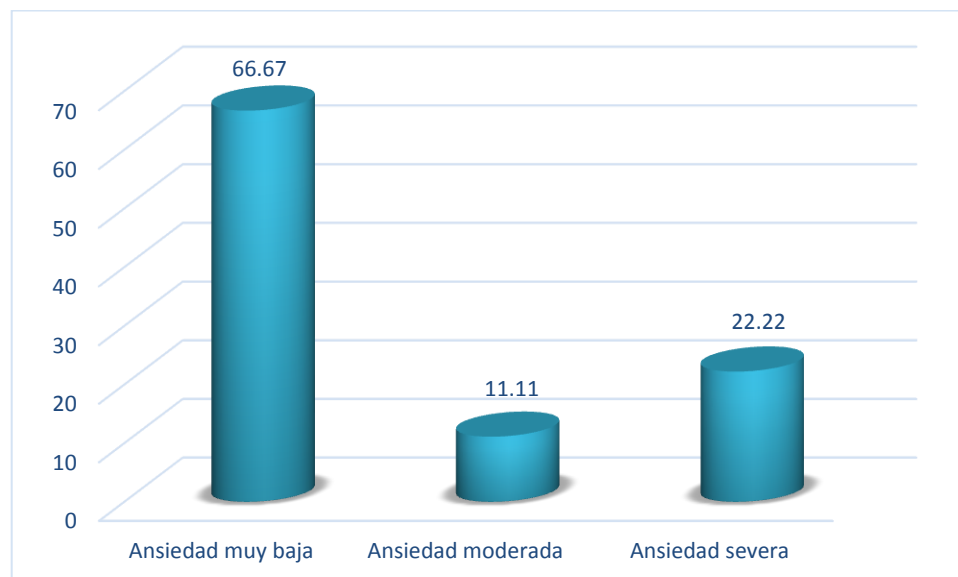
**Gráfica 16.** Resultados en el Postest en la Sub escala Regulación-Descontrol de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

## RESULTADOS EN EL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

**Tabla 17** Resultados en el Pretest del nivel de ansiedad de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ansiedad muy baja</b>	6	66.67
<b>Ansiedad moderada</b>	1	11.11
<b>Ansiedad severa</b>	2	22.22
<b>Total</b>	9	100.0

En la Tabla 17 y Gráfica 17 se procedió a establecer el nivel de ansiedad de las adolescentes del Hogar Metro Amigos antes de la aplicación de la intervención de programa, obteniéndose como resultado que 66.67% de la muestra se ubicó en ansiedad muy baja, 22.22% presentó ansiedad severa y el 11.11% de la muestra presentó ansiedad moderada.

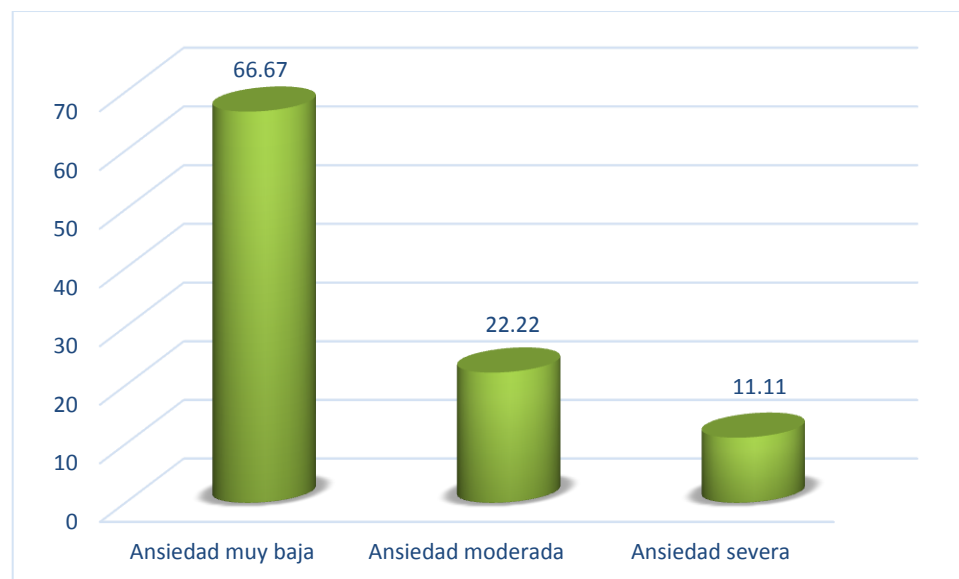


**Gráfica 17.** Nivel de Ansiedad en el Pretest del Inventario de Ansiedad de Beck de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

**Tabla 18** Resultados en el Postest del nivel de ansiedad de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad muy baja	6	66.67
Ansiedad moderada	2	22.22
Ansiedad severa	1	11.11
Total	9	100.0

En la Tabla 18 y Gráfica 18 se procedió a establecer el nivel de ansiedad de las adolescentes del Hogar Metro Amigos después de la aplicación de la intervención de programa, se obtuvo como resultado que 66.67% de la muestra se ubicó en ansiedad muy baja, 22.22% presentó ansiedad moderada y el 11.11% de la muestra presentó ansiedad severa.



**Gráfica18.** Nivel de Ansiedad en el Postest del Inventario de Ansiedad de Beck de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

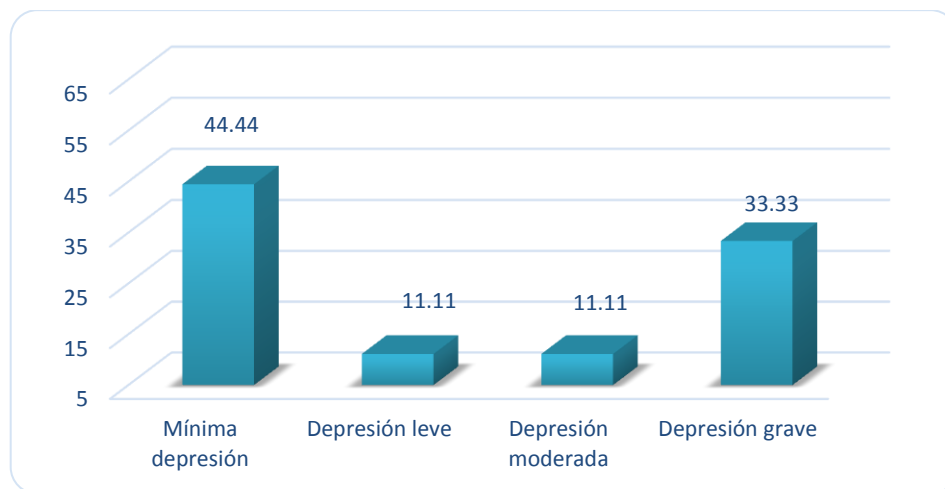


## RESULTADOS EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

**Tabla 19** Resultados en el Pretest del nivel de depresión de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Mínima depresión	4	44.44
Depresión leve	1	11.11
Depresión moderada	1	11.11
Depresión grave	3	33.33
Total	9	100.0

En la Tabla 19 y Gráfica 19 se procedió a establecer el nivel de ansiedad de las adolescentes del Hogar Metro Amigos antes de la aplicación de la intervención de programa, obteniéndose como resultado que 44.44% de la muestra consta de una presencia mínima de depresión, un 33.33% manifestó depresión severa, el 11.11% presentó depresión leve y otro 11.11% de la muestra presentó depresión moderada.

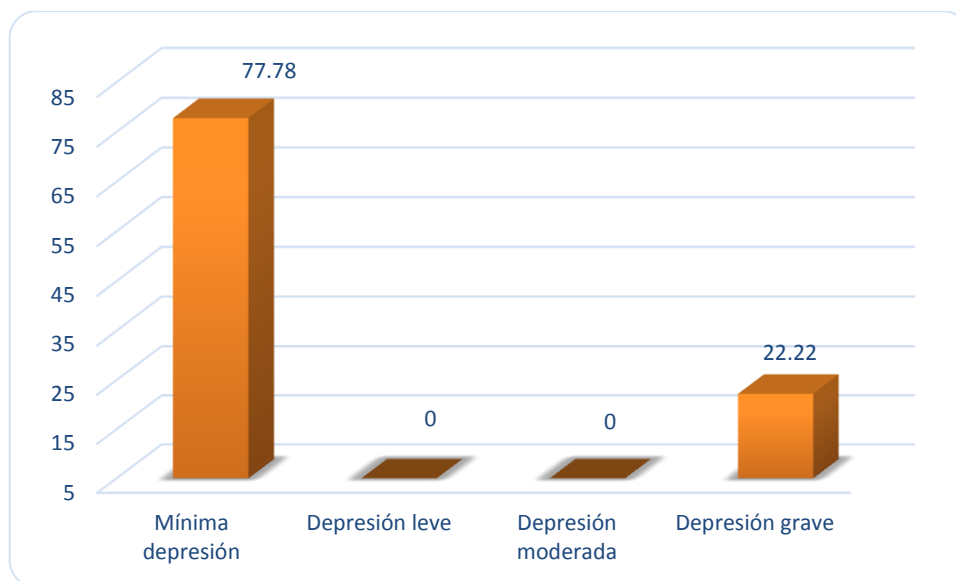


**Gráfica19.** Nivel de Depresión en el Pretest del Inventario de Depresión de Beck-II de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

**Tabla 20** Resultados en el Postest del nivel de depresión de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

Niveles de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Mínima depresión	7	77.78
Depresión leve	0	0
Depresión moderada	0	0
Depresión grave	2	22.22
Total	9	100.0

En la Tabla 20 y Gráfica 20 se procedió a establecer el nivel de ansiedad de las adolescentes del Hogar Metro Amigos después de la aplicación de la intervención de programa, obteniéndose como resultado que 77.78% de la muestra consta de una presencia mínima de depresión y un 22.22% manifestó depresión severa.



**Gráfica 20.** Nivel de Depresión en el Postest del Inventario de Depresión de Beck-II de las adolescentes del Hogar Metro Amigos

## PRUEBA DE NORMALIDAD

Como requisito para aplicar la prueba T de Student para muestras relacionadas, es necesario corroborar la normalidad de los datos.

La prueba de normalidad que se aplica en esta investigación es la de Shapiro Wilk ya que se utiliza para muestras pequeñas (< 30 individuos).

### Hipótesis Prueba de normalidad- Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)

$H_0$  = Los datos provienen de una distribución normal

$H_1$  = Los datos no provienen de una distribución normal.

Prueba estadística: Shapiro-Wilk

Región de Rechazo:  $P\text{-valor} > \alpha 0.05$  Aceptar  $H_0$

$P\text{-valor} < \alpha 0.05$  Aceptar  $H_1$

Resultados:

Tabla 21. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)			
Índice Atención-Desatención	Estadístico	gl	Sig.
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.905	9	0.284
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.872	9	0.130
Índice de Claridad – Confusión			
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.923	9	0.416
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.957	9	0.771
Índice de Aceptación-Rechazo			
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.937	9	0.548
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.888	9	0.191
Índice de Funcionamiento-Interferencia			
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.878	9	0.151
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.897	9	0.236
Índice Regulación –Desconfianza			
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.900	9	0.254
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.898	9	0.239

### Decisión

En base a los valores obtenidos de **P** antes y **P** después, siendo mayores que  **$\alpha 0.05$**  se pudo concluir la normalidad de los datos.

**Hipótesis Prueba de normalidad- Escala de rasgo de metaconocimiento emocional-24 (TMMS-24)**

H<sub>0</sub> = Los datos provienen de una distribución normal

H<sub>1</sub> = Los datos no provienen de una distribución normal.

Prueba estadística: Shapiro-Wilk

Región de Rechazo: P-valor >  $\alpha$ 0.05 Aceptar H<sub>0</sub>

P-valor <  $\alpha$  0.05 Aceptar H<sub>1</sub>

Tabla 22. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk Escala de rasgo de metaconocimiento emocional-24 (TMMS-24)			
Índice Atención Emocional	Estadístico	gl	Sig.
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.904	9	0.276
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.910	9	0.316
Índice de Regulación Emocional			
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.984	9	0.981
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.961	9	0.809
Índice de Claridad - Emocional			
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.930	9	0.477
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.982	9	0.972

Resultados:

Decisión

En base a los valores obtenidos de **P** antes y **P** después, siendo mayores que  **$\alpha$  0.05** se pudo concluir la normalidad de los datos.

### Hipótesis Prueba de normalidad- Inventario de Ansiedad de Beck

$H_0$  = Los datos provienen de una distribución normal

$H_1$  = Los datos no provienen de una distribución normal.

Prueba estadística: Shapiro-Wilk

Región de Rechazo:  $P\text{-valor} > \alpha 0.05$  Aceptar  $H_0$

$P\text{-valor} < \alpha 0.05$  Aceptar  $H_1$

Tabla 23. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk Inventario de Ansiedad de Beck			
	Estadístico	gl	Sig.
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.878	9	0.148
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.894	9	0.219

Resultados:

Decisión

En base a los valores obtenidos de **P** antes y **P** después, siendo mayores que  **$\alpha 0.05$**  se pudo concluir la normalidad de los datos.

### Hipótesis Prueba de normalidad- Inventario de Depresión de Beck

$H_0$  = Los datos provienen de una distribución normal

$H_1$  = Los datos no provienen de una distribución normal.

Prueba estadística: Shapiro-Wilk

Región de Rechazo:  $P\text{-valor} > \alpha 0.05$  Aceptar  $H_0$

$P\text{-valor} < \alpha 0.05$  Aceptar  $H_1$

Tabla 24. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk Inventario de Depresión de Beck			
	Estadístico	gl	Sig.
1ª. Aplicación( Pre-Test)	0.831	9	0.046
2ª Aplicación (Pos-Test)	0.755	9	0.006

Resultados:

Decisión

En base a los valores obtenidos de **P** antes y **P** después, siendo menores que  **$\alpha 0.05$**  se pudo concluir que los datos no provienen de distribución normal, por lo tanto, se utilizó una prueba no paramétrica Wilcoxon de Signos.

## PRUEBA DE HIPÓTESIS

### ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

#### Hipótesis 1: Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS)

H<sub>0</sub>: No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>: Hay una diferencia significativa las puntuaciones medias de la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS) antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$   
Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

#### Tabla 25

Medias del Pre-test y Post-test de la Escala Total

<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
<i>1ª. Aplicación( Pre-Test)</i>	9	82.67	28.01
<i>2ª. Aplicación (Pos-Test)</i>	9	94.11	19.64

**Tabla 26** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Prueba de muestras relacionadas									
		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest	-							
	Posttest	11.44444	26.50524	8.83508	-31.81818	8.92929	-1.295	8	0.231

Al analizar las Tablas 25 y 26, acerca de las puntuaciones obtenidas por el grupo, tanto en el Pre-test ( $\bar{X}=82.67$ ) como en el Post-test ( $\bar{X}=94.11$ ), se puede observar y probar la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas (Sig. 0.231), entre las medias del Pre-test y Post-test del grupo, es decir, no se ha producido en los pacientes ningún cambio significativo durante la aplicación de la terapia cognitiva basada en la mente plena.

### Tamaño del Efecto

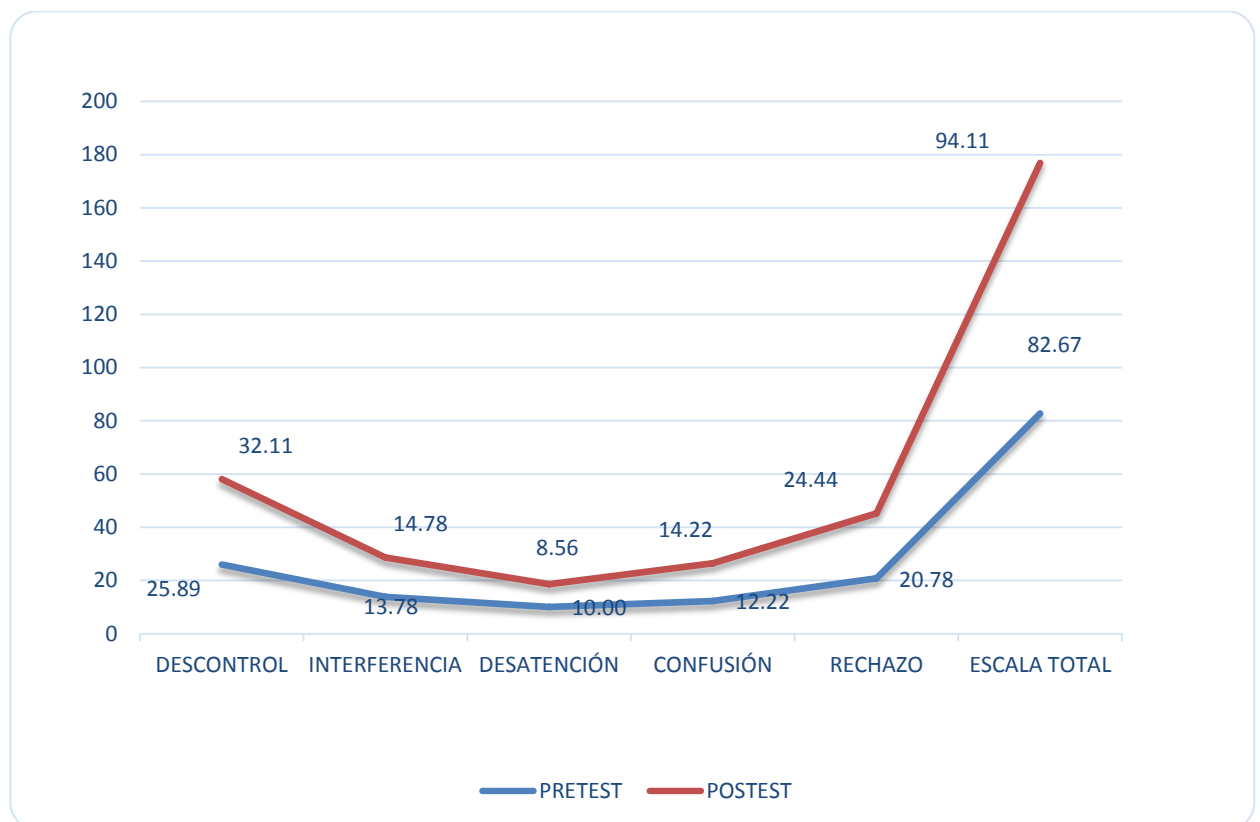
**Tabla 27**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test en la Subescala Atención-Desatención*

<i>Grupo</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Pretest</i>	9	82.67	28.01
<i>Posttest</i>	9	94.11	19.64
<i>Valor d de Cohen</i>		-0.23	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

En la Tabla 27 observamos que las diferencias halladas en el pretest y posttest ( $d_{\text{Cohen}}=-0.23$ ), no hubo cambios ya que el tamaño del efecto fue pequeño, corroborando los

resultado de la prueba de muestra relacionada, de que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test y pos-test del grupo que recibió la terapia cognitivo basado en mente plena.



**Gráfica 21.** Puntuaciones medias de la Escala total y subescalas de dificultades en la regulación emocional (DERS) antes (pretest) y después (postest) de aplicada la terapia cognitiva.



## Hipótesis 2: Subescala Atención-Desatención

$H_0$ = No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Atención-Desatención antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

$H_1$ = Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Atención-Desatención antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$   
Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

**Tabla 28**

Medias del Pre-test y Post-test de la Subescala Atención-Desatención

<i>Grupos</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>1ª. Aplicación( Pre-Test)</i>	9	10.00	5.24
<i>2ª Aplicación (Pos-Test)</i>	9	8.56	4.59

**Tabla 29.** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Prueba de muestras relacionadas									
		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest								
	Posttest	1.44444	1.94365	.64788	-.04958	2.93847	2.229	8	0.056

Al analizar las Tablas 28 y 29, acerca de las puntuaciones obtenidas por el grupo, tanto en el Pre-test ( $\bar{X}=10.00$ ) como en el Post-test ( $\bar{X}=8.56$ ), se puede observar y probar la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas (Sig. 0.056), entre las medias del Pre-test y Post-test del grupo, es decir, no se ha producido en los pacientes ningún cambio significativo durante la aplicación de la terapia cognitiva basada en la mente plena.

### Tamaño del Efecto

**Tabla 30**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test en la Subescala Atención-Desatención*

<i>Grupo</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Prestest</i>	9	10.00	5.24
<i>Postest</i>	9	8.56	4.59
<i>Valor d de Cohen</i>		-0.26	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

En la Tabla 30 observamos que las diferencias halladas en el pretest y posttest ( $d_{\text{Cohen}}=0.14$ ), no hubo cambios ya que el tamaño del efecto fue pequeño, corroborando los resultados de la prueba de muestra relacionada, de que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test y pos-test del grupo que recibió la terapia cognitivo basada en mente plena.

### Hipótesis 3: Subescala Claridad - Confusión

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Claridad - Confusión antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Claridad - Confusión antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

**Tabla 31**

Medias del Pre-test y Post-test de la Subescala Claridad - Confusión

<i>Grupos</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>1ª. Aplicación( Pre-Test)</i>	9	12.22	4.02
<i>2ª. Aplicación (Pos-Test)</i>	9	14.22	3.27

**Tabla 32.** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Prueba de muestras relacionadas									
		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest	-							
	Posttest	2.00000	3.74166	1.24722	-4.87609	.87609	-1.604	8	0.147

Al analizar las Tablas 31 y 32, acerca de las puntuaciones obtenidas por el grupo, tanto en el Pre-test ( $\bar{X}=12.22$ ) como en el Post-test ( $\bar{X}=14.22$ ), se puede observar y probar la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas (Sig. 0.147), entre las medias del Pre-test y Post-test del grupo, es decir, no se ha producido en los pacientes ningún cambio significativo durante la aplicación de la terapia cognitiva basada en la mente plena.

### Tamaño del Efecto

**Tabla 33**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test en la Subescala Claridad - Confusión*

<i>Grupo</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Prestest</i>	9	12.22	4.02
<i>Posttest</i>	9	14.22	3.27
<i>Valor d de Cohen</i>		-0.26	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

En la Tabla 33 observamos que las diferencias halladas en el pretest y posttest ( $d_{\text{Cohen}}=0.26$ ), no hubo cambios ya que el tamaño del efecto fue pequeño, corroborando los resultados de la prueba de muestra relacionada, de que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test y pos-test del grupo que recibió la terapia cognitivo basado en mente plena.

#### Hipótesis 4: Subescala Aceptación-Rechazo

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Aceptación-Rechazo antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Aceptación-Rechazo antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

**Tabla 34**

Medias del Pre-test y Post-test de la Subescala Aceptación-Rechazo

Grupos	N	Media	Desv. típ.
1ª. Aplicación( Pre-Test)	9	20.78	8.91
2ª Aplicación (Pos-Test)	9	24.44	7.52

**Tabla 35.** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Prueba de muestras relacionadas									
		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest	-3.66667	7.92149	2.64050	-9.75566	2.42233	-1.389	8	0.202
	Posttest								

Al analizar las Tablas 34 y 35, acerca de las puntuaciones obtenidas por el grupo, tanto en el Pre-test ( $\bar{X}=20.78$ ) como en el Post-test ( $\bar{X}=24.44$ ), se puede observar y probar la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas (Sig. 0.202), entre las medias del Pre-test y Post-test del grupo, es decir, no se ha producido en las adolescentes ningún cambio significativo durante la aplicación de la terapia cognitiva basada en la mente plena.

### Tamaño del Efecto

**Tabla 36**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test en la Subescala Aceptación-Rechazo*

<i>Grupos</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Prestest</i>	9	20.78	8.91
<i>Posttest</i>	9	24.44	7.52
<i>Valor d de Cohen</i>		-0.21	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

En la Tabla 36 observamos que las diferencias halladas en el pretest y posttest ( $d_{\text{Cohen}} = -0.21$ ), no hubo cambios ya que el tamaño del efecto fue pequeño, corroborando los resultados de la prueba de muestra relacionada, de que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test y pos-test del grupo que recibió la terapia cognitivo basada en mente plena.

### Hipótesis 5: Subescala Funcionamiento-Interferencia

H<sub>0</sub>: No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Funcionamiento-Interferencia antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos.

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>: Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Funcionamiento-Interferencia antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos.

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$   
Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

**Tabla 37**

Medias del Pre-test y Post-test de la Subescala Funcionamiento-Interferencia

<i>Grupos</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>1ª. Aplicación( Pre-Test)</i>	9	13.78	5.97
<i>2ª. Aplicación (Pos-Test)</i>	9	14.78	4.63

**Tabla 38.** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Grupos	Prueba de muestras relacionadas						
	Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia			
				Inferior Superior			

Prueba de muestras relacionadas									
Grupos		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest	-	7.26292	2.42097	-6.58277	4.58277	-0.413	8	0.690
	Posttest	1.00000							

Al analizar las Tablas 37 y 38, acerca de las puntuaciones obtenidas por el grupo, tanto en el Pre-test ( $\bar{X}=13.78$ ) como en el Post-test ( $\bar{X}=14.78$ ), se puede observar y probar la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas (Sig. 0.690), entre las medias del Pre-test y Post-test del grupo, es decir, no se ha producido en las adolescentes ningún cambio significativo durante la aplicación de la terapia cognitiva basada en la mente plena.

### Tamaño del Efecto

**Tabla 39**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test en la subescala Funcionamiento-Interferencia*

<i>Grupos</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Prestest</i>	9	13.78	5.97
<i>Posttest</i>	9	14.78	4.63
<i>Valor d de Cohen</i>		-0.09	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

En la Tabla 39 observamos que las diferencias halladas en el pretest y posttest ( $d_{\text{Cohen}}=0.09$ ), no hubo cambios ya que el tamaño del efecto fue pequeño, corroborando los resultados de la prueba de muestra relacionada, de que no hay evidencias suficientes para



rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del pre-test y pos-test del grupo que recibió la terapia cognitivo basada en mente plena.

#### **Hipótesis 6: Subescala Regulación –Descontrol**

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Regulación –Descontrol antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la Subescala Regulación –Descontrol antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$   
Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

**Tabla 40**

Medias del Pre-test y Post-test de la Subescala Regulación –Descontrol

<i><b>Grupos</b></i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i><b>1ª. Aplicación( Pre-Test)</b></i>	9	25.89	12.56
<i><b>2ª Aplicación (Pos-Test)</b></i>	9	32.11	8.45

**Tabla 41.** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Prueba de muestras relacionadas									
Grupos		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest	-6.22222	10.12148	3.37383	-14.00228	1.55784	-1.844	8	0.102
	Posttest								

Al analizar las Tablas 40 y 41, acerca de las puntuaciones obtenidas por el grupo, tanto en el Pre-test ( $\bar{X}=25.89$ ) como en el Post-test ( $\bar{X}=32.11$ ), se puede observar y probar la hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas (Sig. 0.102), entre las medias del Pre-test y Post-test del Grupo, es decir, en el grupo, no ha producido ningún cambio, durante la aplicación de la terapia cognitiva basada en la mente plena.

### Tamaño del Efecto

**Tabla 42**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test d Subescala Regulación – Descontrol*

<i>Grupo</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Pretest</i>	9	25.89	12.56
<i>Posttest</i>	9	32.11	8.45
<i>Valor d de Cohen</i>		-0.27	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

En la Tabla 42 observamos que las diferencias halladas en el pretest y posttest ( $d_{\text{Cohen}}=0.27$ ), no hubo cambios ya que el tamaño del efecto fue pequeño, corroborando los resultado de la prueba de muestra relacionada, de que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existe diferencias estadísticamente

significativas (Tabla 50) entre las medias de los puntajes del pre-test y pos-test del grupo que recibió la terapia cognitivo basado en mente plena.

## ESCALA DE RASGO DE METACONOCIMIENTO EMOCIONAL-24 (TMMS-24)

### Hipótesis 7: Dimensión Atención emocional

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Atención emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Atención emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$   
Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

**Tabla 43**

Medias del Pre-test y Post-test de la Dimensión Atención emocional

<i><b>Grupos</b></i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i><b>1ª. Aplicación( Pre-Test)</b></i>	9	26.56	11.00
<i><b>2ª Aplicación (Pos-Test)</b></i>	9	25.00	11.80

Se puede apreciar en el Tabla 43, el resultado de la prueba del Pre-test aplicada a un solo Grupo, arroja una media de 26.56 mientras que el resultado de la prueba Postest, tiene una media de 11.80.

**Tabla 44.** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Prueba de muestras relacionadas									
Grupos		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest	1.55556	13.12546	4.37515	-8.53357	11.64468	.356	8	0.731
	Posttest								

En la Tabla 44, se puede observar que al comparar y analizar las medias del Pre-test, ( $\bar{X}=26.56$ ) y del Posttest ( $\bar{X}=25$ ), el resultado indica que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula (sig. 0.731), es decir, no hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Atención emocional antes (pretest) y después (posttest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos.

### Tamaño del Efecto

**Tabla 45**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test Dimensión Atención Emocional*

<i>Grupo Control</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Prestest</i>	9	26.56	11.00
<i>Posttest</i>	9	25.00	11.80
<i>Valor d de Cohen</i>		0.06	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

Las diferencias halladas entre el pretest y posttest son muy pequeñas ( $d_{\text{Cohen}}=0.06$ ) corroborando los resultados de que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del Pre-test y Posttest. Estos resultados se observan en la Tabla 45.

### Hipótesis 8: Dimensión Claridad emocional

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Claridad emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Claridad emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$   
Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

**Tabla 46**

Medias del Pre-test y Post-test de la Dimensión Claridad emocional

<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>1ª. Aplicación( Pre-Test)</i>	9	30.00	11.96
<i>2ª Aplicación (Pos-Test)</i>	9	23.56	10.27

Se puede apreciar en el Tabla 46, el resultado de la prueba del Pre-test aplicada a un solo Grupo, arroja una media de 30 mientras que el resultado de la prueba Postest, tiene una media de 23.56.

**Tabla 47.** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Prueba de muestras relacionadas									
Grupos		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest	6.44444	15.73302	5.24434	-5.64902	18.53791	1.229	8	0.254
	Posttest								

En la Tabla 47, se puede observar que al comparar y analizar las medias del Pre-test, ( $\bar{X}=30$ ) y del Posttest ( $\bar{X}=23.56$ ), el resultado indica que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula (sig.0.254) es decir, no hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Claridad emocional antes (pretest) y después (posttest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos.

#### Tamaño del Efecto

**Tabla 48**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test Dimensión Claridad Emocional*

<i>Grupo</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Prestest</i>	9	30.00	11.96
<i>Posttest</i>	9	23.56	10.27
<i>Valor d de Cohen</i>		0.27	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

Las diferencias halladas entre el pretest y posttest son muy pequeñas ( $d_{\text{Cohen}}=0.27$ ) corroborando los resultados de que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del Pre-test y Posttest Estos resultados se observan en la Tabla 48.

### Hipótesis 9: Dimensión Regulación/Reparación emocional

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Regulación emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Regulación emocional antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$   
Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

**Tabla 49**

Medias del Pre-test y Post-test de la Dimensión Regulación emocional

<i><b>Grupos</b></i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i><b>1ª. Aplicación( Pre-Test)</b></i>	9	23.78	8.17
<i><b>2ª Aplicación (Pos-Test)</b></i>	9	24.56	8.96

Se puede apreciar en el Tabla 49, el resultado de la prueba del Pre-test aplicado a un solo Grupo, arroja una media de 23.78 mientras que el resultado de la prueba Postest, tiene una media de 24.56.

**Tabla 50.** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Prueba de muestras relacionadas									
Grupos		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest								
	Posttest	-.77778	8.48201	2.82734	-7.29763	5.74207	-.275	8	0.790

En la Tabla 50, se puede observar que al comparar y analizar las medias del Pre-test, ( $\bar{X}=23.78$ ) y del Posttest ( $\bar{X}=24.56$ ), el resultado indica que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula (sig.0.79) es decir, no hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la dimensión Reparación o regulación emocional antes (pretest) y después (posttest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos.

### Tamaño del Efecto

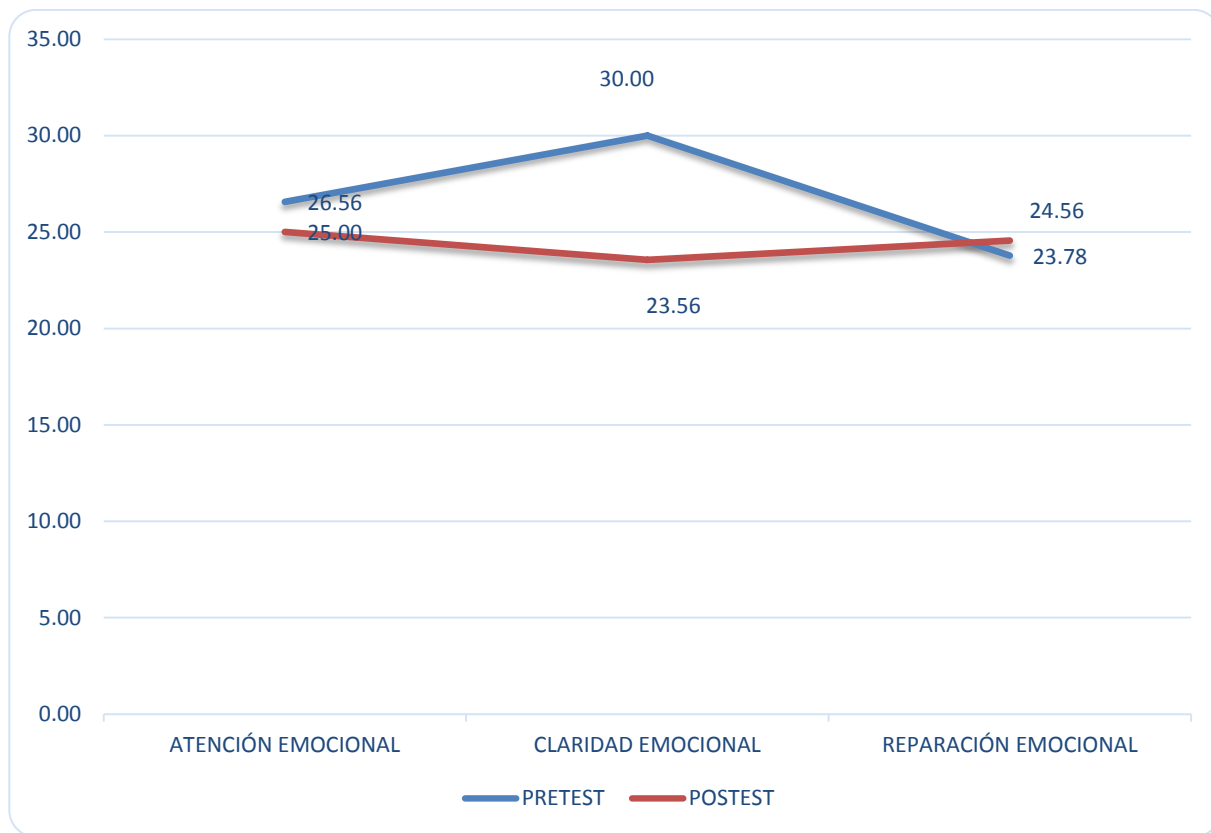
**Tabla 51**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test Dimensión Reparación o regulación Emocional*

<i>Grupo</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Prestest</i>	9	23.78	8.17
<i>Posttest</i>	9	24.56	8.96
<i>Valor d de Cohen</i>		-0.04	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

Las diferencias halladas entre el pretest y posttest son muy pequeñas ( $d_{\text{Cohen}}=-0.04$ ) corroborando los resultado de que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del Pre-test y Posttest Estos resultados se observan en la Tabla 51.





**Gráfica 22.** Puntuación media del pretest y posttest en la escala de rasgo de metaconocimiento emocional-24 (TMMS-24)

## INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

### Hipótesis 10. Ansiedad

H<sub>0</sub>= No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la ansiedad antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

H<sub>1</sub>= Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la ansiedad antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba T de para muestras relacionadas

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$   
Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

**Tabla 52**

Medias del Pre-test y Post-test de la Ansiedad

<i><b>Grupos</b></i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i><b>1ª. Aplicación( Pre-Test)</b></i>	9	22.56	16.16
<i><b>2ª Aplicación (Pos-Test)</b></i>	9	22.22	18.57

Se puede apreciar en el Tabla 52, el resultado de la prueba del Pre-test aplicada a un solo Grupo, arroja una media de 22.56 mientras que el resultado de la prueba Postest, tiene una media de 22.22.

**Tabla 53.** Comparación de medias del Pre-test y Post-test con un solo grupo

Prueba de muestras relacionadas									
Grupos		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest								
	Posttest	.33333	12.64911	4.21637	-9.38963	10.05630	.079	8	0.939

En la Tabla 53, se puede observar que al comparar y analizar las medias del Pre-test, ( $\bar{X}=22.56$ ) y del Posttest ( $\bar{X}=22.22$ ), el resultado indica que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula (sig.0.939) es decir, no hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de los niveles de ansiedad antes (pretest) y después (posttest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos.

#### Tamaño del Efecto

**Tabla 54**

*La d de Cohen como tamaño de efecto del Pre-test y Post-test en los niveles de ansiedad*

<i>Grupo Control</i>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<i>Prestest</i>	9	22.56	16.16
<i>Posttest</i>	9	22.22	18.57
<i>Valor d de Cohen</i>		0.009	
<i>Tamaño del Efecto</i>		Pequeño	

Las diferencias halladas entre el pretest y posttest son muy pequeñas ( $d_{\text{Cohen}}=-0.009$ ) corroborando los resultados de que no hay evidencias suficientes para rechazar la Hipótesis Nula, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los puntajes del Pre-test y Posttest Estos resultados se observan en la Tabla 54.



**Gráfica 23.** Puntuaciones medias del inventario de ansiedad antes (pretest) y después (posttest)

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

### Hipótesis 11. Depresión

$H_0$ = No hay diferencia significativa en las puntuaciones medias de la depresión antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_0: \bar{X}_{GEpretest} = \bar{X}_{GEpostest}$$

$H_1$ = Hay una diferencia significativa en las puntuaciones medias de la depresión antes (pretest) y después (postest) de haber participado en la terapia cognitiva basada en mente plena de las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos

$$H_1: \bar{X}_{GEpretest} \neq \bar{X}_{GEpostest}$$

•Prueba estadística: Prueba de rangos con signos de Wilcoxon

Nivel de significancia:  $\alpha$  0.05

•Regla de decisión: Si  $p \leq 0.05$  se rechaza  $H_0$

Si  $p > 0.05$  se acepta  $H_0$

Resultados:

<b>Tabla 55. Rangos</b>				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>POSTEST_depresion - PRETEST_depresion</b>	Rangos negativos	7 <sup>a</sup>	5.00	35.00
	Rangos positivos	1 <sup>b</sup>	1.00	1.00
	Empates	1 <sup>c</sup>		
	Total	9		

En la tabla 55 se muestra la asignación de rangos positivos, negativos y empates, así como la suma de rangos positivos y negativos.

**Tabla 56. Prueba de Wilcoxon del pre-test y post-test del nivel de depresión**

	Estadísticos de prueba PRETEST_ POSTEST
<b>Z</b>	-2.386 <sup>b</sup>
<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>	0.017
<b>a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon</b>	
<b>b. Se basa en rangos positivos.</b>	

Por los datos obtenidos en la tabla 56 observamos que  $p < 0.05$ , por ello podemos afirmar que existe evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula; por lo que se acepta la hipótesis alterna. La aplicación de la terapia cognitiva basada en mente plena fue eficaz en las adolescentes albergadas en el Hogar Metro Amigos.



**Gráfica 24.** Puntuaciones medias de la depresión antes (pretest) y después (postest).

## Discusión de los resultados

Con base en el análisis estadístico presentado en la sección anterior, la prueba de hipótesis permitió rechazar la hipótesis alterna y aceptar la hipótesis nula para las diversas subescalas de los inventarios TMMS-24, DERS-E y el Inventario de Ansiedad de Beck. De acuerdo a estos resultados, no se puede concluir que la Terapia Cognitiva Basada en Mente sea necesariamente incompatible para aplicarse en estos contextos, o que no sea efectiva para mejorar el proceso de regulación emocional en adolescentes institucionalizadas.

Debemos considerar que existen múltiples factores que pudieron influir en los resultados a nivel estadístico. Primero, debemos mencionar que el tamaño de la muestra fue pequeño, la misma podría ampliarse puesto que esta intervención está diseñada para realizarse con un máximo de 12 pacientes, sin embargo, en el proceso a tres de las adolescentes se le restituyó el derecho a la convivencia familiar por lo que volvieron a sus hogares.

Dado las características de la muestra y las condiciones de la población y el contexto de institucionalización, la investigación no contó con más participantes. Estas son adolescentes que están institucionalizadas desde hace mínimo seis meses, las condiciones y circunstancias del contexto hasta cierto punto limitan las posibilidades de que las mismas puedan participar activamente en la intervención.

Otro aspecto es que, a pesar de ser una población cautiva, la participación era voluntaria, por lo que las adolescentes, a pesar de que asistieron a todas las sesiones, tenían la libertad de no participar en todo lo desarrollado en el itinerario y además en la realización de las tareas.

Como mencionamos anteriormente, al principio se esperaba contar con la participación de doce adolescentes, sin embargo, finalmente sólo nueve culminaron el proceso, todas acudieron a las 8 sesiones. Debemos destacar además que a pesar que durante las dos primeras sesiones hubo renuencia por parte de las adolescentes, desde la tercera sesión el grupo se mantuvo muy dispuesto a participar, además se manejaba un clima de convivencia y respeto por parte de todo el grupo.

Otro factor que consideramos está relacionado con los resultados obtenidos es el diseño de la intervención, el itinerario de la sesión está diseñado quizá para un grupo etario diferente, es probable que algunas de las sesiones, o algunas partes de las mismas, por ejemplo, lo notamos con aquellas sesiones en que se lee literatura mindfulness. Cuando se está iniciando en la práctica de mindfulness puede ocurrir con normalidad que la mente se mantenga divagando, aún en el modo hacer, por lo que puede distraerse fácilmente, frustrarse o aburrirse de la actividad. Al notar esto en las participantes, continuamos con las indicaciones y les alentamos a no luchar con lo que sienten y piensan sino dejarlo estar, manteniéndose presentes.

Al ser esta una intervención novedosa que no se había aplicado antes en este contexto, realmente no contamos con adaptaciones para este tipo de poblaciones, por lo que se nos



dificulta tener una línea o punto de partida que nos auxilie como guía. Es importante decir que, a pesar del tiempo de duración de las sesiones, que es aproximadamente entre 1 hora con 45 minutos y 2 horas, en el caso de esta investigación fue necesario dedicar mayor tiempo, dado que la intervención en general era algo totalmente nuevo y desconocido para la población. Esto también influyó en los resultados, de acuerdo a nuestro parecer, pues se requeriría de un mayor seguimiento, sobre todo entre sesiones, que es donde realmente la terapia da sus frutos y se extrapola a la realidad cotidiana del individuo.

Cabe mencionar que también este aspecto de novedad que hemos mencionado antes, también ha jugado a favor en algunos ejercicios, como el bodyscan, ejercicio de la uva pasa, caminata mindfulness, entre otras. Dado que la práctica era desconocida por las adolescentes, con estos ejercicios hubo un interés casi inmediato, podríamos hacer conjeturas y compararlo con el interés que mostraron en cuanto a la lectura de literatura mindfulness, y pensar que, quizá por su edad, estas tareas motoras y que implican mayores sensaciones pueden resultaron más agradables y llamativas para las adolescentes.

La Terapia Cognitiva Basada en Mente Plena, no ha sido utilizada en contextos similares en nuestro país. Tampoco ubicamos en la revisión literaria, su aplicación en estos escenarios. Consideramos que esta investigación constituye un hallazgo importante, en los avances en cuanto a la investigación sobre las diversas aplicaciones de esta terapia de tercera generación.

En algunas escalas como la de atención-desatención y claridad-confusión del DERS-E, observamos cambios que nos resultan llamativos, puesto que se nota una mejoría, aunque la misma no sea estadísticamente significativa. Como lo mencionan Hervás y Jodar (2009), en el estudio de la psicopatología de las emociones se ha observado y evaluado la relación entre los déficits en la regulación emocional y el desarrollo de trastornos relacionados con sintomatología depresiva y ansiosa. Es posible que esta relación y mejoría que se percibió en estas áreas, esté relacionado con las puntuaciones inferiores que las mismas adolescentes mostraron en la aplicación de la post prueba en el Inventario de Depresión de Beck II.

Otras consideraciones que podemos mencionar luego de la aplicación de la intervención es que, por la conducta observada por parte de las adolescentes y considerando que nosotros sólo hemos tenido acceso a una parte de las historias previas, las cuales fueron conocidas en la entrevista inicial, este grupo pudiera ya estar presentando sintomatología de algún trastorno de ansiedad, depresión u otro. Sin embargo, al tener tan poca información previa sobre las situaciones vividas por las mismas, se hace difícil concretar algún tipo de inferencia. No obstante, es probable que haya una amplia gama de vivencias traumáticas por las que han pasado las adolescentes, las cuales no han recibido atención oportuna.

También debemos señalar que el diseño del estudio no permitió mayores controles, teniendo en cuenta esto, sabíamos desde un inicio que no era posible tener un control

sobre muchos de los factores que hemos mencionado con anterioridad y otros que desconocemos, pero están presentes en el diario vivir de las adolescentes institucionalizadas.

Además, nos llamó la atención como luego de las cuatro primeras sesiones, las adolescentes daban indicativos de un mayor manejo de conceptos, estrategias a las cuales tienen acceso al momento de percibir emociones como negativas o pensamientos que no les ayudaban a sentirse mejor. Con el transcurrir de las semanas se pudo observar indicios de que se estaban empleando estrategias aprendidas en las sesiones y extrapolando a situaciones cotidianas. Por otra parte, las adolescentes indicaron en las 3 últimas sesiones qué estrategias de las aprendidas podían emplear con mayor eficacia y eficiencia, así como cuáles no lograban comprender y poner en marcha para tenerlas disponibles al momento de necesitarlas.

Consideramos que otros procesos, entre ellos la partida de tres adolescentes que estaban en el programa, quienes fueron entregadas a sus familiares, pudieron ser eventos que influyeron en los resultados obtenidos en el post test. Otras situaciones como ingresos nuevos, visitas no recibidas por parte de sus familiares, entre otras, fueron situaciones que de una u otra manera se reflejaron en el desempeño durante las últimas sesiones, así como en la aplicación de los inventarios utilizados. Es importante señalar que durante algunas situaciones surgieron pláticas sobre situaciones vivenciadas en la semana y relacionadas con la práctica, a pesar que la intervención no es grupal, procuramos que estos comentarios fueran compartidos y discutidos por todo el grupo,

quienes posteriormente daban su aporte en apoyo a las compañeras que tuviesen dificultades en la práctica diaria.

Consideramos importante señalar que para las dos últimas sesiones que iban dirigidas a dar cierre a la terapia y proporcionar las últimas herramientas a las adolescentes, fue necesario realizar unas pequeñas modificaciones dado que como hemos indicado antes la terapia está diseñada para prevenir las recaídas en pacientes con depresión. Sin embargo, en general el plan de trabajo en cada sesión tuvo buena acogida por parte de las adolescentes.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## Conclusiones

- La Terapia Cognitiva basada en Mente Plena no mostró resultados estadísticamente significativos en la muestra de adolescentes estudiada, por lo tanto, se rechazó la hipótesis alterna y se aceptó la hipótesis nula para los resultados obtenidos en las Escalas TMMS-24, la DERS-E y el Inventario de Ansiedad de Beck. No se observaron diferencias significativas en ninguna de las subescalas que miden regulación emocional y los puntajes de ansiedad.
- La Terapia Cognitiva basada en Mente Plena mostró resultados estadísticamente significativos en la mejoría de los síntomas depresivos del grupo de adolescentes. En este caso, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna. Las adolescentes mostraron puntajes inferiores en el inventario de Depresión de Beck II, luego de la aplicación de la intervención.
- A pesar de que la aplicación del tratamiento no mostró resultados estadísticamente significativos, en las escalas utilizadas para medir la regulación emocional, se pudo observar que en algunas adolescentes hubo mejoras en algunas de las subescalas después del tratamiento. Esas áreas de la regulación emocional fueron: atención a las emociones y claridad en el repertorio de emociones.
- Los resultados de la intervención también dependieron de otras variables, una a destacar es el estado de institucionalización, situaciones que ocurren dentro de

este contexto, teniendo también en cuenta la etapa del ciclo de vida en que se encuentran y otros factores sobre los cuales no hay control.

- Fue importante que durante el desarrollo de las sesiones, las adolescentes tuvieron un espacio para validar sus emociones y desarrollar la habilidad de prestar atención a sus procesos internos. Es importante mencionar que la intervención generó agrado en las adolescentes quienes al principio se presentaron renuentes a recibir la intervención y se les dificultaba la práctica, sin embargo conforme se avanzaba mostraron mayor interés y expresaron alegría por participar en la intervención.
- Consideramos que la aplicación de la Terapia Cognitiva Basada en Mente Plena, constituye un primer paso importante en la investigación sobre la aplicación de este tipo de terapias en contextos nuevos.
- La intervención propuesta aporta nuevos antecedentes y guía para próximos estudios en esta área, por otra parte, convidó a los equipos multidisciplinarios del hogar a complementar las intervenciones ya utilizadas con este tipo de terapias, lo cual puede representar a mediano plazo un apoyo en la atención integral que se le ofrece a la población.
- La intervención realizada dio paso a la generación de alianzas importantes para llevar a este tipo de población, la oportunidad de recibir nuevas estrategias que le

permitan desarrollar capacidad de introspección, atención a sus estados emocionales, cogniciones y capacidad de activar estrategias de regulación eficaces y adaptativos para lograr una mejor regulación emocional.

- Pese a la situación social y psicológica de las adolescentes, el bajo nivel de escolaridad y pobre estimulación percibida, podemos mencionar que las mismas mostraron un nivel adecuado de comprensión ante la intervención, la cual es flexible y permite que este tipo de poblaciones puedan tener acceso a ella, así como les permitió desarrollar estrategias y emplearlas eficazmente en situaciones donde era requerido. De manera que la investigación permitió tener un punto de partida para próximas intervenciones en estos contextos.
- Es necesario el seguimiento por parte del terapeuta, fuera de las sesiones, dado que este es el escenario en que se materializa lo aprendido en sesión. El seguimiento y apoyo, sobre todo en este tipo de contextos, pueden representar posteriormente cambios importantes, desarrollo y activación de estrategias de afrontamientos eficaces.



## Recomendaciones

- Realizar estudios con una muestra más amplia. En nuestro caso sólo contamos con 9 adolescentes, aunque debemos recordar que la terapia cognitiva basada en mente plena está diseñada para trabajar con un máximo de 12 pacientes, sin embargo, se pueden realizar estudios con distintos grupos.
- Realizar una recolección de información cualitativa, bien sea por entrevistas a los cuidadores y equipo multidisciplinario que atiende a las adolescentes, para conocer otros aspectos de las relaciones o interacciones que tienen las mismas, esto podría ayudar para realizar adaptaciones a el tipo de intervención utilizada, adecuándola a la realidad de la población.
- Realizar seguimientos mensuales a las adolescentes para monitorear el mantenimiento o no de los cambios una vez se finaliza el proceso de terapia. Recordemos que, por la edad, entorno y poco contacto con este tipo de prácticas, puede resultar difícil mantener el hábito de la práctica de mente plena.
- Consideramos que para este tipo de poblaciones es necesario contar con mayor información de antecedentes, médico, familiar, social y psicológico, pues estos

datos son relevantes al momento de elegir la muestra y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

- Es importante que en próximas investigaciones realizadas en contextos similares se tome en cuenta que se requiere una preparación previa. Es decir, es necesario que se prepare a la muestra con este tipo de características, con una introducción en la terapia cognitivo conductual, para que se familiaricen con la temática, lograr además una mayor homogeneidad y partir de allí.
- Sería interesante aplicar esta intervención a contextos similares como otras instituciones de protección, tanto aquellas con perfil de riesgo social como aquellas que atienden a adolescentes de época escolar, embarazadas, etc.
- Otro aspecto a considerar para próximas intervenciones es la inclusión de los equipos interdisciplinarios que participan en la atención de estas poblaciones, como lo son las cuidadoras, trabajadores sociales, psicólogos, etc. Así también consideramos importante que las instituciones provean de espacios adecuados para la realización de las prácticas y tareas que conllevan este tipo de intervenciones. Pues es conocido ya el valor que tiene en el modelo cognitivo conductual las tareas y la extrapolación de las herramientas que se aprenden en la psicoterapia.

- Para próximas investigaciones sería prudente contar con un coterapeuta, más que nada para evitar sesgos de observación y mantener un mayor control en el estudio.
- Otro aspecto que es necesario resaltar es la necesidad de que los terapeutas que apliquen este tipo de intervención, tengan una preparación intensiva, no sólo en la práctica de mindfulness, sino en la práctica y aplicación de la terapia en otros contextos.



## BIBLIOGRAFÍA

Acosta, P. (2014). *Mindfulness para el mundo. Vivir en el presente sin juzgar*. República Dominicana: Editora Búho.

Addington, J., Saeedi, H., & Addington, D. (2006). Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*(189), 373-378.

Alarcón, A., Correa, Á., & Barreiro, E. (2015). Efecto del Protocolo de Regulación Emocional Heat en el manejo de la ira en adolescente bajo medida de restitución de derechos. *Konrad Lorenz Fundación Universitaria*, 160-183.

Alguero M., V. M. (2005). Intervención Cognitivo-Conductual basada en la Terapia Psicológica Integrada en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tipo paranoide en fase de remisión parcial (Trabajo Fin de Máster). Panamá: Universidad de Panamá, Facultad de Psicología.

APA. (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, S.A.

APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Aparicio, D., Maero, F., & Quintero, P. (2016). ¿La tercera ola de qué? *Horacio Revista de ciencias contextuales-conductuales*, 5-7.

Arredondo, M. (2017). Mindfulness. *Módulo de Aplicación de Mindfulness en práctica Clínica* (págs. 2-5). Panamá: Mindfulness y Psicología.

- Beevers, C., Enock, P., & Clasen, P. (2015). Attention bias modification for major depressive disorder: Effects on attention bias, resting state connectivity, and symptom change. *Journal of Abnormal Psychology*, 195-223.
- Bizquerra, R. (13 de Noviembre de 2015). *Rafael Bisquerra*. Obtenido de Rafael Bisquerra: <http://www.rafaelbisquerra.com/es/>
- Cayoun, B. (2013). *Terapia Cognitivo Conductual con Minfulness integrado*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Cebolla, A. (2009). Eficacia de la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena en el tratamiento de ansiedad y depresión. *Revista de Psicoterapia*, 130-145.
- Cebolla, A., & Martí, M. (2008). Efectos de la Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena: una aproximación cualitativa. *Apuntes de Psicología*, 257-268.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de ansiedad*. España: Desclee de Brouwer S.A.
- Equivel y Ancona, F. (2010). *Psicoterapia Infantil con juego. Casos Clínicos*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F., Heredia, M. C., & Gómez Maqueo, E. L. (2007). *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*. México: Manual Moderno.
- Fernández, E. (7 de enero de 2017). *AEMIND*. Obtenido de Asociación Española de Mindfulness y Compasión: <http://www.aemind.es/mbct-teachers-section/>
- García, J. (14 de Noviembre de 2015). *Psicología y Mente*. Obtenido de Psicología y Mente: <http://psicologiyamente.net/mindfulness/mindfulness-8-beneficios-de-la-atencion-plena>

- Garrido, J. M. (14 de Noviembre de 2015). *Psicopedia.org*. Obtenido de *Psicopedia.org*: <http://psicopedia.org/4408/mindfulness-para-ninos/>
- Gil, R. (Febrero de 2016). Aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness y compasión a personas en duelo. Valencia, España.
- Grecucci, A., Pappaiani, E., Siugzdaite, R., Theuninck, A., & Remo, J. (2014). Mindful Emotion Regulation: Exploring the Neurocognitive Mechanisms behind Mindfulness. *Hindawi Publishing Corporation*.
- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectiva clínica en los trastornos psicológicos*. México D.F.: MacGrawHill.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la Regulación Emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 347-372.
- Hervas, G., & Jodar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional Clínica y Salud. *Redalyc*.
- Hooker, K., & Fodor, I. (2008). Teaching Mindfulness to children. *Gestalt Review*, 75-91.
- Júarez, E. (2015). *Mindfulness en niños y en jóvenes. Como un jardín donde plantar*.
- Kabat Zinn, J. (2004). *Mindfulness en la vida cotidiana. Donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.
- Kabat Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Kairós S.A.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con Plenitud las crisis*. Barcelona: Editorial Kairós, S.A.
- Korman, G., & Garay, C. (2012). El Modelo de Terapia Cognitiva basada en Conciencia Plena. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 5-6.

- Maero, F. (20 de octubre de 2017). *Psyciencia*. Obtenido de Psyciencia: <https://www.psyciencia.com/que-demonios-son-las-terapias-de-tercera-ola-segunda-parte/>
- Mañas, I. (2012). Nuevas Terapias Psicológicas: Tercera Ola de Terapias o Terapias de Tercera Generación. *Gaceta de Psicología*, 26-34.
- Mañas, I. (1 de Julio de 2017). Aportes y avances en Psicología Clínica. En J. García, *Terapias de Tercera Generación* (págs. 50-65). Buenos Aires: IPPC. Recuperado el 15 de Octubre de 2017, de IPTCC: <http://centroippc.org/>
- Martínez, M., Retana, B., & Sánchez, R. (2009). Identificación de las Estrategias de Regulación Emocional del Miedo en adultos de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*.
- Miró, M. T., & Simón, V. (2016). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Moreno, A. (2012). Terapia Cognitivo Conductuales de tercera generación. *Revista Internacional de Psicología*.
- Morrinson, J. (2015). *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*. México, D.F.: Manual moderno.
- Muñiz, J., & Fernández Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 108-121.
- Nelson, S. K., Layous, K., Cole, S. W., & Lyubomirsky, S. (2016). Emotion. *American Psychological Association*, 850-861.
- Nykliček, I. (2011). *Mindfulness, emotion regulation, and well being*. . New York: Springer New York.



- Ortega, V. (2015). Mindfulness y regulación emocional. *Revista de Univesidad de Jaén*, 33-45.
- Ortega, V. (2015). *Mindfulness y Regulación Emocional*. Andalucía: Universidad de Jaén.
- Parra, M., Montañés, J., Montañés, M., & Bartolomé, R. (2012). Conociendo Mindfulness. *Revist de la Facultat de Educació de Albacete*.
- Pérez Á., M., Fernández H., J. R., Fernández R., C., & Amigo V., I. (2011). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Punset, E., & Bisquerra, R. (2016). *Universo de Emociones*. Valencia: PalauGea Comuniación S.L.
- Rains, D. G. (2004). *Principio de Neuropsicología Humana*. México, D.F. : McGraw-Hill Interamericana .
- Riso, W. (2006). Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualiación de casos clínicos. En W. Riso, *Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualiación de casos clínicos* (pág. 40). Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Robinson, D., Woerner, M., McMeniman, Mendelowitz, A., & Bilder, R. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 473-479.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2014). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 172-178.
- Sánchez, G. (2011). Meditación, mindfulness y sus beneficios. Revisión Literaria. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 223-254.

- Seagel, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Terapia Cognitiva de la Depresión Basada en la Conciencia Plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Snel, E. (2013). *Tranquilos y atentos como una rana*. Barcelona: Kairós.
- Sociedad Mindfulness y Salud*. (23 de Noviembre de 2015). Obtenido de Sociedad Mindfulness y Salud: <http://www.mindfulness-salud.org/que-es-mindfulness/que-es-mindfulness/#.Vlu3XVgvddg>
- Tomás Martínez, P. (2009). *Entrenamiento Cognitivo en la esquizofrenia* (Tesis Doctoral). España: Universidad de Valencia, Facultad de Psicología.
- Unicef. (2012). *Manual de capacitación para facilitadores. Protocolo para la atención de la niñez sin cuidado parental en albergues en Panamá*. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF .
- Yates, A. (1970). La definición de Terapia Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 113-121.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Resumen de la Sesión N°1

#### EL PILOTO AUTOMÁTICO

A veces, cuando estamos conduciendo, vamos sin darnos cuenta con el “piloto automático” puesto; sin prestar mucha atención a lo que estamos haciendo. De la misma manera, en ocasiones, no estamos “presentes” en nuestras vidas. Incluso, podemos “estar lejos” sin darnos cuenta.

Cuando estamos en “piloto automático”, también nos sentimos más sensibles y, por lo tanto, más vulnerables a que nos afecten nuestros puntos débiles. Acontecimientos, pensamientos, sentimientos y sensaciones de la mente (de los cuales ni siquiera somos conscientes) pueden desencadenar hábitos viejos, maneras de pensar que no son hábiles y que pueden ocasionarnos el mal humor.

Si podemos ser más conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales, momento a momento, nos daremos la posibilidad de tener más libertad de elección; no tenemos que seguir los viejos hábitos mentales que en el pasado nos han causado daño.

El propósito de este curso es incrementar la atención consciente para darnos la posibilidad de elegir cómo respondemos, en lugar de actuar de forma automática. Lo haremos practicando; dándonos cuenta de dónde está nuestra atención en cada momento. Así, podremos elegir cambiar el enfoque, una y otra vez.

Tema y currículum de la sesión 1.

Tema: la consciencia plena comienza cuando reconocemos la tendencia de entrar en el modo automático y establecemos un compromiso para aprender cuál es el mejor modo de salir de él y llegar a ser conscientes de cada momento. Practicar el desplazamiento de la atención de un modo voluntario en torno al cuerpo muestra lo fácil y lo difícil que puede ser.

#### Agenda

- Establecer la orientación de la clase.
- Fijar las reglas fundamentales con relación a la confidencialidad y la privacidad.
- Pedir a los participantes que se emparejen y se presenten el uno al otro y después al grupo.
- Ejercicio de la uva pasa.

- Retroalimentación y discusión de la exploración corporal
- Ejercicio breve de exploración corporal.
- Consciencia plena durante una actividad diaria (tarea).
- Breve enfoque en la respiración, 2-3 minutos.

A cada participante se le entregará una carpeta personal, con material que incluye la definición de consciencia plena, resumen de la sesión 1: piloto automático, hoja de registro de práctica semanal.

#### Tareas para casa

1. Practica la exploración corporal a diario y anótalo en tu hoja de registro cada vez que lo hagas, incluyendo en observaciones cualquier duda, resistencia, dificultad, etc. que quieras comentar la próxima semana.

#### Hoja de registros

Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos estudiarlos la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SÍ/NO	Comentarios
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		
fecha:	Exploración corporal		
	Actividad Rutinaria		

## Resumen de la sesión N°2

### ENFRENTANDO LOS OBSTÁCULOS

Nuestro propósito en este programa es hacernos más conscientes más a menudo.

Una influencia muy poderosa que nos impide estar “completamente presentes” es la tendencia automática que tenemos de juzgar nuestra experiencia considerando que, de alguna forma, no acaba de ser la correcta –que no es lo que debería estar ocurriendo, que no está a la altura o que no cumple con nuestras expectativas y deseos–. Estas evaluaciones negativas pueden conducir a secuencias de pensamientos sobre la culpa, lo que hace falta cambiar, o sobre cómo las cosas podrían o deberían ser y no son. Muchas veces, de forma completamente automática, estos pensamientos nos llevan por caminos

mentales ya bastante frecuentados. De esta manera, podemos perder nuestra consciencia del momento presente, así como la libertad de elegir cómo debemos, o si debemos, actuar.

Podemos recobrar nuestra libertad como paso inicial si reconocemos la realidad de nuestra situación, sin engancharnos de inmediato a tendencias automáticas de juzgar, solucionar o desear que las cosas sean diferentes.

El ejercicio del recorrido del cuerpo nos proporciona la oportunidad de entrenarnos en traer a nuestra mente una atención caracterizada por el interés y la simpatía hacia la realidad de cada momento, sin tener que hacer nada para cambiar las cosas. No hay ningún objetivo que lograr aparte de traer la atención según indican las instrucciones (conseguir algún estado especial de relajación no es una de las finalidades del ejercicio).

## CONSEJOS PARA REALIZAR LA EXPLORACIÓN CORPORAL

- Pase lo que pase (por ejemplo, si te duermes, te dispersas, no dejas de pensar en otras cosas o te equivocas en la parte del cuerpo que estás enfocando), simplemente hazlo. Estas son tus experiencias en este momento; sé consciente de ellas.
- Si te estás dispersando mucho, observa los pensamientos (como acontecimientos pasajeros), para luego traer la mente suavemente otra vez al recorrido corporal.
- Suelta cualquier idea de “éxito”, “fracaso”, “hacerlo muy bien” o “intentar purificar el cuerpo”. Esto no es un concurso. No es una destreza por la que haya que luchar. La única disciplina que hace falta es una práctica regular y frecuente. Simplemente hay que hacerlo con una actitud de apertura y curiosidad.
- Suelta cualquier expectativa acerca de lo que el recorrido del cuerpo va a hacer por ti: plantéatelo como una semilla que has sembrado. Cuanto más hurgas y te entrometes, menos va a poder desarrollarse. El “recorrido del cuerpo” hay que hacerlo con las condiciones adecuadas –paz y tranquilidad, y una práctica regular y frecuente—. Y ya está.
- Prueba a enfocar tu experiencia de cada momento con una actitud abierta (“Vale, así son las cosas en este momento”). Si intentas rechazar tus pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales, las sensaciones que te están perturbando no van sino a distraerte de hacer cualquier otra cosa. Sé consciente, olvídate de metas, mantente en el momento presente, acepta las cosas tal y como son. ¡Hazlo sin más!

Tema y currículum de la sesión 2.

Tema: un enfoque más profundo del cuerpo comienza a mostrar, más claramente, el “hablar” de la mente y cómo tiende a controlar nuestras reacciones ante los eventos cotidianos.

#### Agenda

- Práctica de la exploración corporal.
- Revisión de la práctica.
- Revisión de la tarea.
- Ejercicio de pensamientos y sentimientos (“caminando por la calle”).
- Calendario de acontecimientos placenteros.
- Meditación de 10 minutos en postura sedente.
- Distribución de material de sesión 2,
- Asignación de tarea: ejercicio de exploración corporal (6 días a la semana), 10 minutos de respiración consciente (6 días a la semana), calendario de acontecimientos placenteros y conciencia plena de una actividad diaria.

A cada participante se le hará entrega de una hoja con el resumen de la sesión 2, consejos para la exploración corporal, consciencia plena de respiración, formato de registro para la tarea, calendario de acontecimientos placenteros.

#### Tareas para casa

1. Practicar la exploración corporal 5 días/semana 10 min. (mañana). 2. Practicar la meditación del cuerpo 6 días/semana 15 min. (tarde). 3. Actividad rutinaria con atención plena elegida por la persona a diario. 4. Rellenar calendario de acontecimientos agradables a diario.

#### Hoja de registros

Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos explorarlos la semana que viene.



Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación cuerpo		
	Actividad rutinaria		

## CALENDARIO DE ACONTECIMIENTOS AGRADABLES

Debes estar atento al evento placentero en el momento en el que está ocurriendo. Utiliza las siguientes preguntas para enfocar tu atención en el detalle de la experiencia en el momento en el que ocurre y luego apuntarlo.

Día	¿Qué es la experiencia?	¿Estabas consciente del evento mientras ocurría?	¿Cómo experimentaste las sensaciones corporales en el cuerpo con detalle?	¿Qué humor, sensaciones y pensamientos estaban presentes?	¿Qué pensamientos tienes ahora escribiendo esto?
Ejemplo	<i>Yendo a casa después del trabajo escuchando un pájaro</i>	<i>Sí</i>	<i>Como ligereza en la cara. Los hombros relajados y una leve sonrisa</i>	<i>Alivio, placer (está bien, qué bonito, que bien estar fuera)</i>	<i>Era poca cosa, pero estoy contento de que me di cuenta de ello</i>

## **Resumen de la sesión N°3**

### **CONCIENCIA PLENA DE LA RESPIRACIÓN**

Nuestro propósito en este programa es ser más conscientes más a menudo. En definitiva, queremos desarrollar la conciencia plena. La conciencia plena es una cualidad que se aprende, cultiva y desarrolla (más que una capacidad que se posee). La conciencia plena no es pensamiento; es una conciencia capaz de reconocer los pensamientos y emociones a medida que suceden, y no se identifica con ellos; es una conciencia del momento presente, pero que tiene unas características particulares: se trata de observar lo que ocurre, momento a momento, en cada instante presente, pero con curiosidad, apertura, aceptación y amabilidad (sin piloto automático mental; sin prejuicios; acogiendo todo lo que surge sin rechazar nada; sin perder energía, diciéndonos que lo que observamos no debería ser como es; con paciencia, admitiendo lo que hay sin violencia ni hostilidad; etc.).

Hay algunos factores que influyen en los beneficios de la meditación: la actitud, la curiosidad, la determinación y la confianza en tu propia capacidad para mejorar la gestión de tus emociones. Lo más adecuado es no caer en los extremos ni de la idealización ni del cinismo: la meditación no va a librarte de tus problemas; va a exigirte disciplina y un cierto esfuerzo, y estar abierto a conocer la práctica y ver hacia dónde te conduce, dispuesto a comprometerte sabiendo que tu perseverancia es crucial.

Las siete actitudes esenciales que, según Kabat-Zinn, constituyen la base de la actitud que debe adoptarse en la práctica de la meditación son las siguientes: no juicio (paciencia, mente del principiante, confianza, distensión; con disciplina, pero sin esfuerzo por cambiar nada; hay que abandonar la lucha contra lo que ya es); aceptación (ver las cosas como son y no como crees que deberían ser o te gustaría que fueran); y desprendimiento (o no apego a las cosas, las personas, las ideas, los sentimientos que enturbian nuestra mirada sobre la realidad). Estas actitudes se apoyan y potencian unas a otras y se aplican directamente, a cada instante y día tras día, a medida que cultivas y profundizas en la conciencia plena.

Tema y currículum de la sesión 3. Consciencia plena de la respiración.

Tema: tras conocer más el modo en el que la mente puede, con frecuencia, encontrarse ocupada y dispersa, el proceso de aprender a tomar consciencia intencionalmente de la respiración, ofrece la posibilidad de encontrarse más centrado y recogido.

Agenda:

- Ejercicio de “ver” o “escuchar” durante cinco minutos.
- Meditación, en postura sedente, durante 20 minutos (consciencia de la respiración y el cuerpo, qué hacer con las sensaciones físicas intensas).
- Revisión de la práctica.
- Revisión de la tarea para la casa.
- Espacio para la respiración de tres minutos y revisión.
- Caminata con consciencia plena y revisión.
- Calendario de eventos desagradables.
- Asignación de tareas para la casa.

A cada participante se le entregará una hoja con el resumen de la sesión 3, espacio de tres minutos para la respiración, formato de registro de tarea, calendario de eventos desagradables.

Tareas para casa 1. Practicar la exploración corporal 3 días/semana 15 min. 2. Practicar la meditación de la respiración 3 días/semana 15 min. 3. Practicar la meditación de 3 minutos 3 veces/día. 4. Rellenar calendario de acontecimientos desagradables a diario.

Hoja de registros: Toma nota cada vez que practiques y añade comentarios para que podamos estudiarlos la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SÍ/NO	Comentarios
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación respiración		
	Meditación 3min.		1. 2. 3.

#### **Resumen de la sesión N°4:**

##### **PERMANECIENDO PRESENTES**

Las circunstancias difíciles forman parte de la vida misma. Lo que establece la diferencia entre si las dificultades controlan nuestra vida o si nos podemos vincular con ellas de un modo más ligero es cómo las manejamos. Estar más atentos y ser más conscientes de nuestros pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales nos da la posibilidad de liberarnos de modos de reacción automáticos y habituales, para responder con plena conciencia, con más libertad y más hábilmente. Por lo general, reaccionamos ante una experiencia de alguna de estas tres formas: 1. Con la distancia o el aburrimiento, de modo que nos desviemos saliendo del momento presente y yendo a otro lugar “en nuestra

cabeza”. 2. Con el deseo de aferrarnos a las cosas –sin permitirnos dejar marchar las experiencias que estamos sintiendo en el momento, o deseando vivir experiencias que en el momento presente se encuentran ausentes. 3. Queriendo que ciertas experiencias se vayan, enfadándonos con ellas con rechazo y deseando que desaparezcan –ya sea las que estamos viviendo en el presente o las que pensamos en el presente que pueden darse en el futuro—. Como vamos a debatir en estas sesiones, cada una de estas tres maneras de reaccionar pueden causar problemas, sobre todo cuando reaccionamos con aversión. Por ahora el enfoque es estar más atentos a nuestras experiencias para que podamos responder con atención en lugar de reaccionar de forma automática. Debemos utilizar el cuerpo como la vía a la atención consciente y esto puede ser tan sencillo como mantener la atención en la postura (probablemente estés sentado mientras lees esto). ¿Cuáles son las sensaciones en tu cuerpo en este momento? Cuando termines la lectura, ponte de pie, siente el movimiento de estar de pie, de andar hacia la próxima actividad, de cómo te acuestas al final del día.

#### Tema y currículum de la sesión 4.

Tema: la mente se dispersa más cuando trata de adherirse a ciertas cosas y cuando intenta evitar/escapar de otras. La consciencia plena ofrece un modo de permanecer en el presente al ofrecer otro lugar desde el cual observar la situación: ayuda a adoptar una perspectiva más amplia y relacionarse de un modo diferente con la experiencia.

#### Agenda:

- Ejercicio de “ver” o “escuchar” durante cinco minutos.
- Meditación en postura sedente durante 20 minutos (incluye consciencia de la respiración, del cuerpo, de los sonidos y después de los pensamientos.
- Revisión de la práctica.
- Revisión de la tarea para la casa.
- Ver el video Healing from within (la sanación desde el interior) y debate.
- Entrega de folletos de la sesión 4 a los participantes.
- Asignación de tarea para la casa

Tareas para casa: practicar la exploración corporal 3 días/semana 15 min. (mañana). Practicar la meditación del sonido y el silencio 3 días/semana 15 min. (tarde). Practicar la meditación de 3 minutos 3 veces/día.

Hoja de registros: Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos estudiarlos la semana que viene.

Día y fecha	Tarea	SÍ/NO	Comentarios
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		4. 5. 6.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.
Fecha:	Exploración corporal		
	Meditación del sonido y el silencio		
	Meditación 3 min.		1. 2. 3.

### Resumen de la sesión N°5:

#### ACEPTAR, PERMITIR Y DEJAR SER

Lo esencial de esta práctica es tomar conciencia de lo más importante de nuestra experiencia presente. Así, si la mente tiende a ir de un lugar a otro –con pensamientos, sentimientos o sensaciones–, la traemos al presente de forma suave pero firme, deliberada

e intencionadamente, al aquí y al ahora. Este es el primer paso. El segundo paso consiste en notar, lo mejor que podamos, cómo nos relacionamos –cómo lo vivimos o experimentamos– con lo que está teniendo lugar aquí y ahora. A veces nos encontramos teniendo un pensamiento, sentimiento o sensación al que reaccionamos no aceptándolo. En cambio, si el pensamiento, el sentimiento o la sensación nos gustan, tenemos tendencia a aferrarnos a ellos; tememos perderlos, y sufrimos anticipando dolor o incomodidad ante la idea de que desaparezcan. Si nos disgustan porque esos pensamientos, sentimientos o sensaciones son dolorosos, desagradables o incómodos, tendemos a contraernos, a rechazarlos, debido al miedo, la irritación o el enfado. Cada una de estas respuestas es contraria a la aceptación. La manera más fácil de relajarse es, antes de hacer nada, rendirse ante la evidencia de que las cosas son como son en este momento, es decir, dejar de luchar contra lo que ahora es. Aceptar una experiencia significa, simplemente, dejar un espacio para aceptar la realidad, sea la que sea, en lugar de intentar cambiarla. Esta es la manera de relacionarnos con las experiencias que atraen con fuerza nuestra atención. Por ejemplo, si notas que tu conciencia sigue apartándose de la respiración (u otro foco de atención) y se dirige hacia sensaciones particulares en el cuerpo asociadas con molestias físicas, emociones o sentimientos, el primer paso es prestar atención consciente a estas sensaciones físicas; pasar deliberadamente el enfoque desde tu conciencia hasta la parte del cuerpo en la que estas sensaciones son más fuertes. La respiración es un vehículo útil para hacerlo –del mismo modo que lo practicaste en el “escaneo del cuerpo”, puedes llevar la atención, consciente y amablemente, a esta parte del cuerpo– “inhaland” y “exhalando” desde ese lugar. Una vez tu atención haya pasado a las sensaciones del cuerpo, dite a ti mismo: “Está bien. Sea lo que sea está bien.”

Tema y currículum de la sesión 5.

Tema: vincularse de un modo distinto implica llevar a la experiencia la sensación de “permitir” su existencia, simplemente tal como es, sin juzgarla ni tratar de modificarla. Tal actitud de aceptación constituye la base fundamental a la hora de cuidar de uno mismo y percatarse, más claramente, qué necesita modificarse si fuera el caso

Agenda:

- Meditación de 25 minutos de duración, incluye consciencia de respiración, del cuerpo, de los sonidos y de pensamientos; observar cómo nos vinculamos con nuestras experiencias a través de las relaciones que mantenemos hacia cualquier pensamiento, emoción o sensación corporal que surja, introducción de una dificultad dentro de la práctica y estudiar sus efectos sobre el cuerpo así como las reacciones ante ellos.
- Revisión de la práctica.
- Revisión de la tarea para la casa.



- Espacio para la respiración y revisión de la misma.
- Distribución de los folletos de la sesión 5
- Asignación de tarea para la casa: meditación sedente durante al menos seis días a la semana, espacio para la respiración de tres minutos, durante tres veces al día, observando emociones desagradables.

Hoja de registros: toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos estudiar la semana que viene

Día y fecha	Tareas	SI NO	Comentarios
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3 min.		7. 8. 9.
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3 min.		4. 5. 6.
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3 min.		4. 5. 6.
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3min.		1. 2. 3.
Fecha:	Meditación de las emociones		
	Meditación 3 min.		4. 5. 6.

### Resumen de la sesión N°6:

LOS PENSAMIENTOS NO SON LOS HECHOS

Nuestros pensamientos pueden tener un efecto fuerte en como sentimos y en lo que hacemos. Muchas veces estos pensamientos empiezan de forma automática. Con la atención consciente de los pensamientos e imágenes pasando por la mente es posible ganar distancia y tener otra perspectiva. Volvemos una y otra vez a la respiración, esto nos deja ver que igual hay otras maneras de pensar sobre situaciones, que podemos liberarnos si queremos de los pensamientos automáticos que “surgen de repente” en la mente. Y lo más importante sería que al final nos diéramos cuenta de una manera profunda de que todos los pensamientos son solo eventos mentales. Incluyendo los pensamientos que dicen que no los son. Pensamientos no son hechos, y nosotros no somos nuestros pensamientos. Los pensamientos e imágenes pueden darnos pistas de lo que está ocurriendo a niveles más profundos de nuestra mente. Podemos coger los patrones mentales más habituales e inútiles, y verlos desde varias perspectivas distintas. Así nos familiarizamos con nuestros “mejores 10” pensamientos y podremos más fácilmente ver (y cambiar) el proceso que nos lleva, en ocasiones, a un espiral de humores negativos. Aquí hay algunas cosas que puedes hacer con tus pensamientos. 1. Verlos venir y salir, sin sentir que tienes que seguirlos. 2. Ver tus pensamientos como eventos mentales y no como hechos. Igual ocurren otros sentimientos a la vez que te hace pensar que es verdad, pero tú puedes elegir. 3. Hazte las siguientes preguntas: ¿Surgió de forma automática este pensamiento? ¿Refleja los hechos de la situación? ¿Se puede poner en duda el pensamiento? ¿Cómo me hubiera afectado en otra situación, en otro momento? ¿Hay alternativas?

Tema y currículum de la sesión 6.

Tema: los estados de ánimos negativos y los pensamientos acompañantes, restringen nuestra habilidad para relacionarnos de un modo diferente con la experiencia. Es liberador percatarse de que los pensamientos son simplemente pensamientos, incluso aquellos que dicen no serlo.

Agenda:

- Meditación en postura sedente de 25 minutos de duración, incluye consciencia de la respiración, del cuerpo, de los sonidos y después de los pensamientos.
- Revisión de la práctica.
- Revisión de la tarea para la casa.
- Mencionar la preparación para el final del curso.
- Ejercicio acerca de los estados de ánimo, pensamientos y puntos de vista alternativos.
- Espacio para la respiración y revisión.
- Discusión del espacio para la respiración como un “primer paso” antes de adoptar una perspectiva amplia acerca de los pensamientos.
- Asignación de la tarea para la casa: práctica diaria de 25 minutos y espacio para la respiración de tres minutos durante tres veces al día.

Tareas para casa: 1. meditación de los sonidos y pensamientos: 5 días/semana 15 min. 2. Meditación 3 min.: 3 veces/día

Hoja de registros: Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos explorarlo la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SI NO	Comentarios
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3 min.		10. 11. 12.
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3 min.		7. 8. 9.
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3 min.		7. 8. 9.
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3min.		4. 5. 6.
Fecha:	Meditación de los sonidos y pensamientos		
	Meditación 3 min.		7. 8. 9.

**Resumen de la sesión N°7:**

## AUTOCUIDADO

¿Puedes imaginarte a ti mismo cuando eras muy pequeño, descubriendo tu regalo más deseado al lado del árbol de Navidad? ¿Puedes crear una imagen que te genere una emoción en este momento de tu vida (que aparezca con frecuencia en tu mente)? La imagen que has creado antes, ¿te lleva a alcanzar o a rehuir algo? ¿Era una imagen referida al pasado o al futuro? El cerebro humano es capaz de generar respuestas emocionales no solo ante estímulos sensoriales del exterior, sino también ante imágenes producidas por la fantasía. Estas imágenes virtuales evocan emociones perfectamente reales, y con efectos en el organismo que incitan al sujeto a comprometerse consigo mismo en obtener (o en rehuir), en el futuro, aquel objeto que suscita la emoción (Simón, 2003, La deuda emocional). La deuda emocional surge de las siguientes cuestiones: x La tensión entre el self ideal y el self real x La tensión entre “lo que hay y lo que debería haber” x La tensión entre “lo que es y lo que debería ser” x Esa deuda a veces la hemos contraído en el pasado x No vivimos el presente en toda su magnitud porque estamos ocupados en conseguir una meta que en el pasado nos propusimos pensando que, de no obtenerla, seríamos infelices o indignos x Vivimos diciéndonos que no podemos ser felices porque sufrimos un trauma cuando éramos pequeños; no logramos un expediente brillante; cometimos un error irreparable; etc. Practicar Mindfulness ayuda a no contraer nuevas deudas y a saldar las viejas. Ayuda a que seamos conscientes de cuando las ideas preconcebidas “arriba-abajo” (todos los “debería” y “tendría”, nos impiden vivir atentamente, acogiendo lo que es y disfrutando de lo que hay y somos).

Tema y currículum de la sesión 7.

Tema: existen algunas cosas específicas que pueden llevarse a cabo cuando amenaza con instalarse la depresión. Lo primero es llevar a cabo un espacio para la respiración y después decidir qué acción emprender, si eso fuera pertinente. Cada persona presenta sus propias señales particulares que amenazan una recaída, pero los participantes pueden ayudarse entre sí para realizar planes sobre cuál es el mejor modo de responder a dichas señales.

Agenda:

- Meditación de 25 minutos en postura sedente, incluye consciencia de respiración, del cuerpo, los sonidos y finalmente los pensamientos
- Revisión de la práctica
- Revisión de la tarea para la casa
- Ejercicio para explorar los vínculos entre la actividad y el estado de ánimo
- Generación de listas de actividades de placer y de dominio

- El espacio para la respiración de tres minutos de duración como “primer paso” antes de decidir si se emprende una acción meditativa.
- Distribución a los participantes de los folletos de la sesión 6.
- Asignación de las tareas para la casa: seleccionar de todas las formas de práctica, un patrón para emplear de manera regular. Espacio para la respiración de tres minutos, tres veces al día.

Tareas para casa 1. Meditación de la compasión y la autocompasión: 5 días/semana 15 min. 2. Meditación 3 min.: 3 veces/día 3. Realizar actividad agradable: 2, 3 días/semana

### **Resumen de la sesión N°8:**

#### **AUTOCAUIDADO CONSCIENTE**

Lo que hacemos con nuestro tiempo momento a momento, hora a hora, año a año, puede tener una gran influencia en nuestra salud y habilidades para manejar nuestros estados mentales negativos. Al respecto, puedes preguntarte las siguientes cuestiones: 1. De todas las cosas que hago, ¿cuáles me nutren e incrementan mi sentido de estar vivo y presente, en vez de simplemente existir? (actividades que me nutren) 2. De todas las cosas que hago, ¿cuáles me aniquilan, me quitan la sensación de estar vivo y presente y me hacen sentir que “vegeto”? (actividades que me anulan) 3. Aceptando que hay aspectos de mi vida que no puedo cambiar, ¿estoy conscientemente eligiendo actividades que me nutren y decidiendo dejar de hacer actividades que me anulan? Si estamos más presentes más a menudo y tomando decisiones con atención a nuestras necesidades podemos elegir actividades que nos ayuden a estar más vivos y mejoren nuestro estado de ánimo. Eso es cierto tanto en nuestras vidas cotidianas como en nuestros momentos difíciles. Podemos usar nuestras experiencias cotidianas para cultivar actividades que después utilicemos como herramientas en momentos de crisis. Si tenemos estas herramientas a mano, podremos utilizarlas para afrontar pensamientos negativos (como “¿por qué me esfuerzo?”), que forman parte del estado mental depresivo.

Tema y currículum de la sesión 8. Empleando lo aprendido para afrontar los futuros estados de ánimo.

Tema: Mediante la práctica regular de la conciencia plena se ayuda a mantener un equilibrio vital. Las buenas intenciones pueden fortalecerse vinculándolas con una razón positiva para cuidar de uno mismo.

Agenda:

- Práctica de la exploración corporal.
- Revisión de la práctica.
- Revisión de las tareas para la casa
- Revisión de la totalidad del curso: qué se ha aprendido-en parejas, después en grupo.
- Repartir el cuestionario para los participantes con el fin de aportar reflexiones personales sobre el programa.
- Descubrir cuál es el mejor modo de mantener el impulso y la disciplina desarrollados durante las anteriores siete semanas, tanto con la práctica formal como la informal.

Tareas para casa: Meditación del perdón: 5 días/semana 15 min. 9 Meditación 3 min.: 3 veces/día

Hoja de registros Toma nota cada vez que practiques, añadiendo comentarios para que podamos estudiarlos la semana que viene.

Día y fecha	Tareas	SÍ/NO	Comentarios
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3 min.		13. 14. 15.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3 min.		10. 11. 12.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3 min.		10. 11. 12.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3min.		7. 8. 9.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3 min.		10. 11. 12.
Fecha:	Meditación del perdón		
	Meditación 3min.		10. 11. 12.